

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE LA SANTÍSIMA CONCEPCIÓN  
FACULTAD DE EDUCACIÓN  
PEDAGOGÍA EN EDUCACIÓN DIFERENCIAL**



**UCSC**

**PERCEPCIÓN DE PADRES DE JÓVENES CON TRASTORNO DEL  
ESPECTRO AUTISTA QUE HAN ASISTIDO A MUSICOTERAPIA Y  
EQUINOTERAPIA DE LA COMUNA DE CHIGUAYANTE.**

**Seminario de investigación para optar al Grado Académico**

**De Licenciado en Educación**

**Profesor Guía: JOSÉ SALAS HERRERA**

**Estudiantes : DANIELA LUENGO SÁNCHEZ**

**GIORDANA MUÑOZ MIRANDA**

**CYNTHIA VALENZUELA BAEZA**

**CONCEPCIÓN, FEBRERO DE 2017**

## **AGRADECIMIENTOS**

*En primer lugar, quiero agradecer a Dios, porque todo lo que soy se lo debo a él, a Leandro por ser parte de mi vida y por enseñarme a ser madre y luchar para conseguir lo que me propongo, porque sin duda Él es mi mejor complemento y mi mayor motivación, a mis padres por siempre ser mis guías y mi apoyo, por sobre todo a mi madre que es una mujer luchadora y amante de su familia, quien siempre confió en mí y en mis capacidades incluso cuando yo deje de confiar, porque su amor es incondicional e inmenso. A mi pololo, que siempre estuvo presente incluso en los peores momentos. A mis amigas y familiares que de una u otra forma fueron un aporte durante este proceso.*

Daniela Luengo Sánchez.

*Mis primeras palabras de agradecimiento son para mis queridos padres, las personas que me dieron la vida y que hasta el día de hoy han creído en mí y mis capacidades, han sido mi pilar y guías para continuar mi camino sin mirar atrás, gracias a ellos soy la persona que he llegado a ser y gracias a ellos conocí a Dios, el ser que ha guiado mis pasos hacia el éxito y logro que el día de hoy estoy alcanzando.*

*Agradezco también a mi Pastor Héctor Guevara, quien con sus palabras alentaba mi vida y mi ánimo cuando este bajaba, a mis hermanos de congregación, que sin duda con sus oraciones constantes han hecho mucho por mí.*

*No puedo dejar de mencionar además a quien confió en mí, dándome la oportunidad de trabajar sin poseer un título que avale mis conocimientos, me refiero a la Señora Marcelina Muñoz, quien en todo momento estuvo apoyando mis estudios, otorgando libre disposición para que pudiese cumplir con mis horarios escolares, además agregar en este punto a mi asistente Paula Friz que cada vez que veía que no podía más, me brindaba su apoyo incondicional.*

*Gracias a todos por confiar en mi persona y ser quienes me acompañaron en este proceso.*

*Giordana Muñoz Miranda*

*Quiero agradecer a mi madre, que sin duda haz hecho un valorable trabajo enseñándome a que hay que luchar para conseguir las metas y que valorar las cosas que la vida te entrega, que jamás debo rendirme, y que pase lo que pase siempre estarás apoyándome, gracias a tus palabras y enseñanza*

*de vida. También agradecerles a mis familiares y amigos cercanos, puesto que sus palabras de aliento, sus expresiones de amor, preocupación y motivación siempre estarán en mi corazón, esos son los detalles significativos que me confirman que estoy rodeada de gente maravillosa, y por último agradecer a los docentes que he conocido, admirado y me dieron las fuerzas para terminar mi formación profesional en momentos complicados en mi vida. A todos ellos, gracias por creer en mí.*

*Cynthia Valenzuela Baeza*

*Finalmente, queremos agradecer a 4 apoderados, que accedieron a participar voluntariamente en nuestra investigación. Y a todos los docentes que han estado presentes durante nuestra formación profesional, especialmente a nuestro profesor guía José Salas, que durante estos meses se dedicó a apoyarnos, a entregar gran parte de sus conocimientos en este estudio y por su constante comprensión.*

<b>AGRADECIMIENTOS</b>	<b>2</b>
<b>Resumen</b>	<b>8</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>10</b>
<b>CAPÍTULO I: PROBLEMATIZACIÓN</b>	<b>12</b>
<b>1. Formulación del problema</b>	<b>12</b>
<b>2. Objetivos de la investigación</b>	<b>17</b>
<b>2.1. Objetivo general</b>	<b>17</b>
<b>2.2. Objetivos específicos</b>	<b>17</b>
<b>3. Justificación del problema</b>	<b>18</b>
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	<b>20</b>
<b>1. Historia del Trastorno del Espectro Autista (TEA)</b>	<b>20</b>
<b>2. Características del TEA según el DSM-V</b>	<b>23</b>
<b>3. Niveles de gravedad del TEA según el DSM-V</b>	<b>25</b>
<b>4. Estrategias de evaluación en el Trastorno del Espectro Autista</b>	<b>26</b>
<b>5. Tratamientos para la intervención enfocados en el Trastorno del Espectro Autista</b>	<b>30</b>
<b>5.1. Musicoterapia</b>	<b>47</b>
<b>5.1.1. Historia de la musicoterapia</b>	<b>47</b>
<b>5.1.2. Definición del Concepto de Musicoterapia</b>	<b>52</b>
<b>5.1.3. Principios de la Musicoterapia</b>	<b>55</b>
<b>5.1.4. Objetivos de la Musicoterapia</b>	<b>57</b>
<b>5.1.5. Objetivos de Musicoterapia en la Educación Especial</b>	<b>58</b>
<b>5.1.6. Musicoterapia en la intervención en el Trastorno del Espectro Autista</b>	<b>62</b>
<b>5.2. Equinoterapia</b>	<b>65</b>
<b>5.2.1. Historia de la equinoterapia</b>	<b>65</b>
<b>5.2.2. Definición del concepto de equinoterapia</b>	<b>67</b>
<b>5.2.3. Clasificación de la equinoterapia</b>	<b>69</b>
<b>5.2.4. Principios de la Equinoterapia</b>	<b>71</b>
	<b>5</b>

5.2.5.	Beneficios otorgados por la equinoterapia	74
5.2.6.	Los efectos de la Equinoterapia en el Trastorno del Espectro Autista	77
<b>CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO</b>		<b>82</b>
1.	Paradigma de la investigación	82
2.	Enfoque de investigación	83
3.	Método investigativo	84
4.	Participantes del estudio	85
5.	Técnicas de recolección de datos	87
5.1.	Entrevista en profundidad	89
5.2.	Descripción de las Dimensiones	90
5.3.	Desarrollo de la entrevista en profundidad	91
6.	Bases de Análisis de Datos	93
6.1.	Reducción de Datos	94
6.2.	Separación en unidades	95
6.3.	Disposición y transformación de datos	98
6.4.	Obtención de resultados y conclusiones	99
7.	Triangulación	101
<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS</b>		<b>103</b>
1.	Análisis	103
1.1.	Escenario de la investigación	103
1.2.	Informe de hallazgos	103
	Interpretación y triangulación de los datos	104
2.	Teorización	118
2.1.	Específicas	119
2.2.	Generales	126
<b>CAPÍTULO V: CONCLUSIONES</b>		<b>128</b>
	PROYECCIONES	132
	LIMITACIONES	133

**CAPÍTULO VI: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

**135**

**ANEXOS**

**147**

## **Resumen**

En la actualidad se ha evidenciado una creciente predilección en el uso de terapias complementarias aunque la evidencia científica de estas es muy escasa, es por ello que, la presente investigación tiene como objetivo develar la percepción de padres de jóvenes con trastorno del espectro autista que han asistido a musicoterapia y equinoterapia, y así dar respuesta a las interrogantes sobre si existen verdaderos aportes por parte de éstas.

Cabe destacar que el estudio se realizó bajo un método cualitativo llamado estudio de caso, ya que por medio de éste, se pudo obtener un conocimiento más profundo de los fenómenos que experimentaron los hijos de los entrevistados, participaron 4 apoderados de la escuela diferencial Aspaut, con hijos de 12 a 23 años diagnosticados con Trastorno del Espectro Autista, las entrevistas develaron la percepción de los padres con respecto al proceso de las terapias que vivieron sus hijos y consigo contribuir con nuevas teorías en relación a estas disciplinas y sus aplicaciones en la educación especial.

Como resultado de la investigación, los padres percibieron cambios conductuales, sociales y adaptativos, pero no tienen claridad si son debido a la terapia en sí, o a factores externos a ésta. También se concluyó que las

terapias complementarias son vistas como positivas, ya que vivir la experiencia en si ayudaría a la mejora de calidad de vida de sus hijos.

**Palabras Claves:** Terapias complementarias, musicoterapia, equinoterapia, Trastorno del espectro autista, Educación especial.

## INTRODUCCIÓN

La presente investigación aborda la percepción de padres de jóvenes con trastorno del espectro autista que han asistido a musicoterapia y equinoterapia. Para ello, se entrevistaron a padres, con la finalidad de conocer y profundizar en aspectos relevantes del proceso de asistir a sesiones de terapias complementarias hasta la culminación de dicho proceso.

El objetivo fundamental de esta investigación fue conocer la percepción de cambios conductuales, sociales y adaptativos que se dan en su entorno cotidiano. Esta investigación se sustenta en la falta de evidencia científica que dé a conocer la fiabilidad de estos procedimientos en nuestro medio local.

El paradigma bajo el cual se sitúa esta investigación es el enfoque cualitativo con elementos fenomenológicos, ya que trata de profundizar en cómo perciben los padres de jóvenes diagnosticados con Trastorno del Espectro Autista (TEA)<sup>1</sup> cambios tras la asistencia de sesiones a terapias complementarias.

La estructura de la presente investigación, se basa en el fundamento teórico cuyas orientaciones bajo el paradigma cualitativo han sido de gran

---

<sup>1</sup> De ahora en adelante Trastorno del Espectro Autista (TEA)

aporte para este informe por parte de los autores Araneda et. al, (2008). La presente investigación se organiza en siete capítulos, y el contenido que estos abarcan se describe brevemente a continuación:

En el Capítulo I, se expone el problema por el cual se da origen a esta investigación, los objetivos planteados, la justificación y el supuesto.

En el siguiente apartado se aborda la teoría o marco teórico en que se apoya el seminario de investigación, definiendo las conceptualizaciones correspondientes al tema investigado.

En las secciones III, IV y V se define la metodología, el paradigma, enfoque, método bajo los cuales se sustenta esta investigación, los resultados obtenidos con sus respectivas interpretaciones, análisis, se dan a conocer conclusiones, limitaciones y proyecciones que surgen en la investigación.

Finalmente, en los Capítulo VI y VII, se presentan las referencias bibliográficas en las cuales se sustenta la investigación y a modo de evidencia se adjuntan los anexos, correspondientes a las entrevistas aplicadas.

## **CAPÍTULO I: PROBLEMATIZACIÓN**

### **1. Formulación del problema**

En Chile 2.068.087 personas viven a diario con un tipo de discapacidad, 12,9% de la población, es decir, 1 de cada 8 personas. En la VIII Región hay una prevalencia de un 15,1% de la población (305.132 personas) presenta una discapacidad según el primer estudio nacional de discapacidad (Instituto Nacional de Estadísticas, 2004)

En el año 2010 se promulgó la ley 20.422 “Ley que Establece Normas sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad”, donde se hace referencia a las normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad en establecimientos de educación regular como especial (Ministerio Nacional de Educación, 2010)

Por otra parte, la educación especial es una modalidad del sistema escolar que provee servicios y recursos especializados, tanto a los establecimientos de enseñanza regular como a las escuelas especiales, con el propósito de asegurar, de acuerdo a la normativa vigente, aprendizajes de calidad a niños, niñas y jóvenes con necesidades educativas especiales

asociadas o no a una discapacidad, asegurando el cumplimiento del principio de igualdad de oportunidades, para todos los educandos (Ministerio Nacional de Educación, 2010).

En Chile existen 6.602 establecimientos educacionales de los cuales 1.920 son Escuelas Especiales, 4.682 Establecimientos con PIE y 34 Aulas Hospitalarias, que están regidas por el decreto supremo 170/ 2009, que fija las normas para determinar los alumnos con necesidades educativas especiales que serán beneficiados con la subvención para educación especial, tanto necesidades permanentes y transitorias (Ministerio Nacional de Educación, 2010).

Los diagnósticos antes mencionados no son “enfermedades” sino un conjunto de limitaciones que afectan el desempeño en algún ámbito en la vida diaria. En Chile se ha dado respuesta en el ámbito educativo a niños y jóvenes que presentan algún tipo de discapacidad o trastorno mediante una serie de decretos e instructivos que se van actualizando en el tiempo para mejorar la calidad de enseñanza y apoyos entregados.

El TEA consiste en una alteración cualitativa de un conjunto de capacidades referidas a la interacción social, comunicativa y flexibilidad mental, que pueden variar en función de las etapas del desarrollo, la edad y el nivel

intelectual de la persona que lo presenta (Decreto 170/10).

La educación chilena brinda una serie de apoyos a estudiantes que presentan necesidades educativas asociadas al TEA, tales como un ambiente organizado, estructurado, predecible y facilitador de aprendizajes. También, se debe proporcionar materiales y recursos didácticos, materiales que sean visuales ya que facilitan el aprendizaje de mayor forma que la palabra, éstas deben ir acompañadas por materiales concretos, que potencien la comprensión secuencial. El juego debe ser el principal mediador para que se establezcan las destrezas sociales, comunicativas, motrices, cognitivas. Una educación eficaz para promover el aprendizaje y lograr el bienestar del estudiante con autismo y su familia, debe apoyarse en la organización de un contexto natural estable, que les permita la comprensión de los sucesos que tienen lugar. Una estabilidad de condiciones que la persona pueda reconocer, sobre las que pueda actuar y que pueda transformar (MINEDUC, 2008).

Esta serie de apoyos, también, van enfocados a la familia dando las herramientas y el conocimiento de lo que implica el TEA y como convivir con él. Desde la aparición y detección de los primeros indicadores del trastorno hasta el diagnóstico, las familias viven un período de enorme angustia, incertidumbre y desorientación, “Algo terrible les ha pasado, y en tanto la situación no se trate

con seriedad, el temor no se irá” (Peeters, 2008).

Esto ha llevado una creciente adopción, por parte de las familias de niños con Trastorno del Espectro Autista a terapias complementarias y alternativas para conllevar los síntomas y los trastornos conductuales que se vinculan a éste. El Centro Nacional de Medicina Complementaria y Alternativa las define como: conjunto de diversos sistemas, prácticas y productos médicos y de atención de la salud que no se consideran actualmente parte de la medicina convencional. Esta concepción permite a la costumbre y cultura local, el dinamismo y la particularidad de la inclusión o exclusión de las distintas formas relacionadas con el cuidado o recuperación de la salud en las terapias alternativas y complementarias. En nuestro país, la práctica integral de la salud más convencional es la medicina alópata occidental, por lo que las otras prácticas son complementarias o alternativas, respecto de ella. Lo que es natural o convencional en un lugar no lo es necesariamente en otro (Nogales, 2004). Actualmente, en Chile se imparten como terapias alternativas y complementarias el uso de intervenciones conductuales, Risperidona, Estimulantes, Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (en adultos), Sistemas alterativos/ aumentativos de la comunicación, promoción de las competencias sociales, dietas sin gluten/ caseína, vitaminas y suplementos

dietéticos, psicoterapias expresivas, integración sensorial, integración auditiva, terapias asistidas con animales, terapia sacro-craneal, inmunoterapia, tratamiento de quelantes, terapias antimicótica, secretina, terapia psicodinámica, comunicación facilitada, etc.

Un estudio realizado por Reed (2012) de la Universidad Católica de Chile confirmó que la interacción regular con perros entrenados en terapias aumentan los comportamientos sociales positivos, tales como la sensibilidad y el foco, aumenta la capacidad de concentración y uso de habilidades comunicativas enseñadas, aumenta la conciencia social y promueve habilidades sociales deseables como también existe un aumento de interacción social y uso de lenguaje entre los participantes infantiles comparada con el uso de estrategias tradicionales sin animales.

Lo anterior evidencia la baja investigación que existe en torno de la efectividad de las terapias complementarias para personas con trastorno del espectro autista, tanto en el ámbito educativo, conductual, cognitivo y afectivo. En consecuencia de lo expuesto, el principal objetivo de este estudio es conocer la percepción de terapias alternativas según padres/cuidadores y los profesores de jóvenes con TEA que ya las han practicado.

## **2. Objetivos de la investigación**

### **2.1. Objetivo general**

- Conocer la percepción de padres de jóvenes con trastorno del espectro autista que han asistido a musicoterapia y equinoterapia de la comuna de Chiguayante.

### **2.2. Objetivos específicos**

- Analizar los motivos de los padres respecto a las historias de elección de las terapias a las que asistieron sus hijos
- Describir las primeras impresiones de los padres con respecto a la participación de sus hijos en terapias
- Develar cambios en los jóvenes percibidos por los padres al finalizar las terapias
- Interpretar la apertura de posibilidades que dan las terapias según la percepción de los padres

### **3. Justificación del problema**

Para muchos padres de jóvenes diagnosticados con Trastornos del Espectro Autista es importante ver avances en sus seres queridos y podemos darnos cuenta que hoy en día la medicina tradicional dejó de ser la única alternativa para entregar un tratamiento, es nuestro deber ser críticos con todo y poder estudiar todas las opciones disponibles (Comin, 2009).

Los padres buscan terapias complementarias naturales para desarrollar habilidades, potenciar aptitudes y ver avances en el mejoramiento de la calidad de vida de los jóvenes diagnosticados con TEA, en todos sus ámbitos encontrando una nueva forma de ayudarlos a crecer, favoreciendo su desarrollo integral que incluye el ámbito físico, emocional, intelectual y social de las personas (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2006). No obstante lo anterior, no existe suficiente investigación que permita conocer el impacto de las terapias complementarias, ya que, existe falta de oportunidades de encuentro entre quienes ejercen medicina tradicional y las terapias complementarias, no existen documentos oficiales sobre estándares de acreditación de validez de las terapias, no existen políticas de difusión, faltan estudios nacionales que identifiquen las prácticas y gastos de terapias

complementaria más utilizadas en el país (Centro de Estudios para la Calidad de Vida, 2008) y por ello, se fundamenta el desarrollo de nuestra investigación en un estudio focalizado en este tema.

Así, el estudio planteado ayudará a conocer la percepción del impacto que tiene la utilización de terapias complementarias según padres de jóvenes diagnosticados con Trastorno del Espectro Autista de la comuna de Chiguayante, dicha información puede ser utilizada para generar una reflexión sobre los beneficios de este tipo de terapia y además, fundamentar la socialización de esta alternativa entre padres de jóvenes diagnosticados con Trastorno del Espectro Autista.

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

### **1. Historia del Trastorno del Espectro Autista (TEA)**

Fueron Leo Kanner en 1943 y, posteriormente, Hans Asperger en el año 1944, los primeros en describir, de forma consolidada, lo que en el presente es denominado como trastornos del espectro autista (TEA). Previo a Kanner, existen aproximaciones al concepto y descripción del autismo, donde se hablaba de una supuesta esquizofrenia de inicio precoz, síndromes parecidos a la esquizofrenia y cuadros regresivos en la infancia que provocaban la curiosidad de los psiquiatras de la época (Artigas-Pallarès & Pérez, 2011).

Emergía el conocimiento del autismo, y era fundamental no confundirlo con otros trastornos psiquiátricos, para esto Kanner planteó que, para definir el autismo precoz debían cumplirse ciertos criterios: Aislamiento profundo para el contacto con las personas, un deseo obsesivo de preservar la identidad, una relación intensa con los objetos, conservación de una fisonomía inteligente y pensativa y una alteración en la comunicación verbal manifestada por un mutismo o por un tipo de lenguaje desprovisto de intención comunicativa. Más adelante en el año 1951, Kanner planteó como característica universal la

obsesión por mantener la identidad, expresada por el deseo de vivir en un mundo estático, donde no son aceptados los cambios. El cuadro clínico del autismo fue descrito por Kanner en forma específica que era imposible confundirlo con la esquizofrenia o con cualquier otro trastorno psiquiátrico. (Artigas-Pallarès & Pérez, 2011).

Hans Asperger, en el año 1944 publicó sus primeras observaciones. Más tarde reconoció un patrón en sus pacientes caracterizado por: falta de empatía, ingenuidad, poca habilidad para hacer amigos, lenguaje pedante o repetitivo, pobre comunicación no verbal, interés desmesurado por ciertos temas, torpeza motora y mala coordinación. Posterior a estos, el concepto de autismo, fue descrito en el DSM II del año 1968, como una característica de la esquizofrenia infantil. Era descrito como una condición que puede manifestarse por conducta autista, atípica y aislamiento. También lo relacionaban con retraso mental, como una característica adicional. (Artigas-Pallarès & Pérez, 2011).

Unos años más tarde, específicamente en la década de los 80' Lorna Wing, tradujo los trabajos de Hans Asperger incorporando el término de Síndrome de Asperger, siendo esta misma autora quien instauró el término de Trastorno del Espectro Autista. En esta misma época, se incorpora el autismo como una categoría diagnóstica específica en el DSM III, mencionada como "autismo infantil". (Artigas-Pallarès & Pérez, 2011).

Más tarde, se publica el DSM III-R (1987), el cual instauro el término “Trastorno autista”, este manual admitía la variación del diagnóstico a autismo atípico en los casos de que, a pesar de presentar las características propias del autismo, no se cumplieran todos los criterios. (Artigas-Pallarès & Pérez, 2011).

Pasados los años y con la aparición del DSM IV y el DSM IV-TR se instauraron 2 grandes cambios. El primero, referido a la incorporación del término de Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD) que agrupaba a las nuevas categorías para el trastorno autista: trastorno autista, trastorno de Asperger, trastorno de Rett, trastorno desintegrativo infantil y trastorno generalizado del desarrollo no especificado (Artigas-Pallarès & Pérez, 2011).

Finalmente, en el año 2014 es publicado el DSM V, que es el manual que solidificará el concepto de autismo, destituyendo el concepto Trastornos Generalizados del Desarrollo por la de Trastorno del Espectro Autista (TEA). Esto, no sólo significa un cambio a nivel de categoría, sino que también se modifican las subcategorías eliminando ciertos trastornos como lo son el de RETT ya que actualmente es considerada como una enfermedad genética solo teniendo algunas características coincidentes con el autismo. El DSM V estableció cambios conceptuales que se mantienen vigentes hasta el día de hoy (Artigas-Pallarès & Pérez, 2011).

A partir de las contribuciones de Leo Kanner (1943) y Hans Asperger

(1944), el autismo ha originado un profundo debate, no sólo sobre aspectos fenomenológicos, etiológicos y terapéuticos; sino también sobre su propia naturaleza, presentando impedimentos iniciales debido al desconocimiento generalizado del Trastorno del Espectro Autista y a los desacuerdos respecto de la nomenclatura, sin embargo, con el paso de los años a partir de nuevas investigaciones se ha ido refinando.

## **2. Características del TEA según el DSM-V**

La variedad de características a las que hace referencia el DSM IV publicado en el año 1994, se divide en la siguiente triada: Flexibilidad, Interacción social y Comunicación.

Posteriormente, en el año 2014 se publica el DSM V el cual fusiona dos de las tres áreas afectadas estableciendo la diada que se presenta a través de las siguientes características:

- a) Flexibilidad: Movimientos motores, uso de objetos o habla estereotipados o repetitivos (movimientos motores estereotipados simples, alinear objetos, dar vueltas a objetos, ecolalia). Insistencia a la igualdad, adherencia inflexible a rutinas o patrones de comportamiento verbal y no verbal ritualizado (malestar extremo ante pequeños cambios, dificultades

con las transiciones, patrones de pensamientos y rituales rígidos). Intereses altamente restringidos, obsesivos, que son anormales por su intensidad o su foco (apego o preocupación excesiva con objeto inusuales, intereses excesivamente limitados o perseverantes). Híper o hipo reactividad sensorial o intereses inusuales en aspectos sensoriales del entorno (indiferencia aparente al dolor, temperatura, respuesta adversa a sonidos o texturas específicas, olor o tacto).

- b) Interacción social y comunicación: Déficit en reciprocidad socio-emocional (se puede observar desde acercamientos sociales inusuales disposición reducida por compartir intereses, emociones y afecto; fallo por iniciar, mantener y responder a la interacción social). Déficit en conductas comunicativas no verbales usadas en la interacción social (hace referencia a dificultades que van desde la inadecuada integración de conductas comunicativas verbales y no verbales; a contacto visual inexistente, fugas o intermitentes; déficit en la comprensión y uso de gestos, falta total de expresividad o comunicación no verbal). Déficit para desarrollar, mantener y comprender relaciones (se pueden observar desde dificultades para ajustar el comportamiento para encajar en diferentes contextos sociales, dificultades para compartir juegos, de

ficción o hacer amigos; hasta una ausencia aparente de interés en la gente)

### **3. Niveles de gravedad del TEA según el DSM-V**

El DSM V, (2014) establece la siguiente clasificación:

Nivel 3 “Necesita ayuda muy notable”: Corresponde al nivel más severo del TEA, se caracteriza por requerir apoyo sustancial. En este nivel, el déficit en la habilidad de comunicación social (verbal o no verbal) es severo, la persona inicia muy pocas interacciones y responde de forma mínima a los intentos de relación de otros. En la flexibilidad, se puede observar un gran malestar o dificultad al cambiar el foco de interés y la presencia de una extrema dificultad para afrontar cambios u otros comportamientos restringidos o repetitivos (DSM – V, 2014, pp.52).

Nivel 2 “Necesita ayuda notable”: Se caracteriza por requerir un apoyo importante, posee un déficit marcado en habilidades de comunicación social (verbal o no verbal), los déficits sociales son aparentes, incluso con apoyo, inicia un número muy limitados de interacciones sociales, respondiendo de manera reducida al intento de relación de otros. En cuanto a los intereses restringidos, su comportamiento es inflexible con dificultades para enfrentar el

cambio (DSM – V, 2014, pp.52).

Nivel 1 “Necesita ayuda”: Se caracteriza por requerir apoyo intermitente, las dificultades de comunicación social causan alteraciones evidentes. Muestran dificultades iniciando interacciones sociales y ofrece ejemplos claros de respuestas atípicas o fallidas a las aperturas sociales de otros. Puede parecer que su interés por interactuar socialmente esta disminuido. La inflexibilidad del comportamiento causa una interferencia significativa en el funcionamiento en uno o más contextos (DSM – V, 2014, pp.52).

#### **4. Estrategias de evaluación en el Trastorno del Espectro Autista**

La evaluación de los estudiantes con necesidades educativas es un proceso dinámico, flexible, funcional, integral que involucra un esfuerzo en conjunto de especialistas de la educación y la salud. Incluye a la familia como miembros importantes del equipo. Centra su acción en identificar los intereses, estilos de aprendizajes y las necesidades de los estudiantes en términos de los apoyos que necesita (MINEDUC, 2010).

Para evaluar a un niño que presenta conductas asociadas al TEA, se deben considerar ciertos principios tales como: Cada niño posee necesidades únicas de aprendizaje, características propias y destrezas; la evaluación debe

posibilita la identificación de las fortalezas de cada niño, para luego poder construir, desde las mismas, la intervención correspondiente; la evaluación debe ser realizada por un equipo que incluya a la familia; el equipo tiene que ser flexible con respecto al número de sesiones, al estado del niño, al tiempo y al ambiente (conocido o desconocido); la evaluación debe tener un propósito concreto que debe ser conocido por cada uno de los integrantes del equipo que evaluará (MINEDUC, 2010).

Ahora bien, los instrumentos de evaluación, que son utilizados para la detección temprana del TEA según el decreto 170 (2010), son los siguientes: M-chat y PDDST (Pervasive Developmental Disorder Screening Test). Además de la existencia de una serie de protocolos estandarizados que son utilizados, dependiendo la edad del niño, para tener claridad en la severidad del trastorno, el área en déficit o la sospecha de la presencia de este. Los cuales son:

- GADS (Guillem autism rating scale)
- IDEA (Inventario de Espectro Autista)
- CARS (Childhood autism rating scale)
- ADI-R (Autism Diagnostic Interview Revised)
- ADOS G (Autism Diagnostic Observation Schedule)
- PEP 3 (Perfil Psicoeducativo)

El proceso de evaluación debe entregar información de tipo cualitativa en las áreas cognitiva, sensorial, comunicación, motricidad, habilidades de la vida diaria y socio afectivas. Los resultados de las evaluaciones, deben señalar los apoyos o recursos de la persona que presenta necesidades educativas especiales requiere para alcanzar su máximo desarrollo y aprendizaje.

Tabla II -1: “Instrumentos de Evaluación para TEA”

TEST	EDAD	AUTORES	OBJETIVO	ESTANDARIZADO EN CHILE	METODOLOGÍA	APLICACIÓN
TADI	3 meses a 6 años	Centro de Investigación Avanzada en educación de la universidad de Chile (CIAE) Centro de estudios de Desarrollo y estimulación Psicosocial (CEDEP)	Evaluar el aprendizaje y desarrollo infantil	Si	Cualitativa Cuantitativa	Individual con presencia de un adulto
ADOS	<2 años	C.Lord M. Rutter	Evaluar sospechas de TEA mediante escala de observación	Si	Cualitativa Cuantitativa	Individual
M-CHAT	18 a 60 meses	D. Robins	Cuestionario de detección del TEA en niños pequeños.	No	Cualitativa	Individual
ADI-R	<18meses	C. lord M. Rutter	Entrevista para diagnóstico de TEA semiestructurada a padres	Si	Cualitativa Cuantitativa	A los dos padres o tutor.
SIS	<16 años	M. Verdugo	Identificar perfil y necesidades de apoyo de las personas	Si	Cualitativa Cuantitativa	Individual
IDEA		A. Riviere	Evaluación de principales áreas afectadas	Si	Cualitativa y cuantitativa	Individual
CARS	<18 meses	E. Soppler.	Evaluar el grado de severidad del TEA en niños	Si	Cualitativo Cuantitativo	Individual a padres y profesores

Fuente: Elaboración propia.

## **5. Tratamientos para la intervención enfocados en el Trastorno del Espectro Autista**

Existen diversos tratamientos que se utilizan en la actualidad en niños con Trastorno del Espectro Autista. Es importante al momento de escoger un tratamiento para la intervención de las características centrales del autismo, realizar una investigación en donde se debe: examinar cuáles son los niños con más probabilidades de beneficiarse, identificar las estrategias más efectivas para apoyar su introducción y su uso, y determinar en qué medida la experiencia del tratamiento en un niño con TEA fomenta su funcionamiento adaptativo general. Esta amplia gama de tratamientos se clasifica de diversas maneras y por diversos autores. En esta investigación nos basaremos en la clasificación propuesta por Mesibov (1997), debido a que los aportes y la experiencia de este autor lo hace un psicólogo reconocido y destacado por la Sociedad de Autismo de Estados Unidos y a nivel internacional. Mesibov (1997), clasifica los tratamientos para TEA en tres enfoques: Biológico, Psicodinámico y Educativo (Roberts & Prior, 2006).

El siguiente es un resumen de la evidencia de la investigación de Roberts & Prior (2006) de la clasificación de los tratamientos para TEA, los cuales se basaron en los enfoques de Mesibov (1997):

El primer enfoque que propone este autor se basa en las intervenciones biológicas o también llamada intervenciones basadas en la biología, la cual se subdivide en dos categorías; la Medicación y la Medicina Complementaria/Alternativa. El tratamiento de Medicación no alude a intervenir las características centrales del autismo, sino que, a través de este se da tratamiento a los síntomas comórbidos del autismo tales como ansiedad y trastorno por déficit de atención con hiperactividad, dando mayor posibilidad a otros tipos de tratamientos. Los siguientes medicamentos han demostrado ser eficaces, aunque requieren monitoreo constante para medir los efectos secundarios que puedan ocasionar: los neurolépticos/antipsicóticos, risperidona, inhibidores selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS), antidepresivos, estimulantes, anticonvulsivos, en cambio los medicamentos que mencionaremos a continuación han demostrado ser ineficaces y/o perjudiciales para niños y adolescentes con autismo: la naltrexona, secretina, la hormona adrenocorticotropina (ACTH). Por otra parte, la categoría de Medicina Complementarias y Alternativas incluye dietas de exclusión (caseína y dieta libre de gluten), terapias anti-levadura, quelación, pero no se demuestra eficacia en el uso de la hormona secretina, en la evitación de la administrar la vacuna triple vírica, en suplementos vitamínicos y/o dietéticos incluidos vitamina B6 para la reducción de sintomatología en TEA. Los riesgos potenciales asociados

con algunos de estos tratamientos pueden ser significativos (Roberts & Prior, 2006).

El segundo enfoque se basa en las intervenciones psicodinámicas, que supone que el autismo es el resultado de daño emocional al niño, por lo general debido a la falta de desarrollo de un vínculo estrecho con los padres, especialmente las madres. Las terapias psicodinámicas se utilizan rara vez hoy en día, ya que hay una fuerte evidencia para apoyar la perspectiva de que el autismo es un trastorno del desarrollo cognitivo y, en lugar de trastorno emocional, y hay poca evidencia empírica que demuestra la efectividad de las intervenciones psicodinámicas. DesLauriers (1978) propone que el autismo es un fracaso de vinculación emocional agravado por deficiencias sensoriales, este autor plantea una terapia llamada Pheraplay, a través de la cual se proporcionan experiencias estimulantes, lo suficientemente intensas para superar las deficiencias sensoriales de los niños con autismo. No se encontró evidencias adecuadas para la evaluación de esta terapia (Roberts & Prior, 2006).

Y por último, el tercer enfoque basado en las intervenciones educativas, se centra en el desarrollo de las habilidades y de las relaciones, en áreas específicas como la comunicación y en lo sensoriomotor (estos programas se realizan normalmente en combinación con otros programas), enfocándose en la

familia, principalmente en los padres para promover las habilidades y las relaciones de sus hijos. Estos autores en su investigación de revisión literaria subdividen este enfoque en: intervenciones conductuales, intervenciones de desarrollo, terapias basadas en intervenciones, intervenciones sensoriomotriz, intervenciones combinadas, otras intervenciones e intervenciones basadas en la familia (Roberts & Prior, 2006).

Las intervenciones conductuales son aquellas técnicas de aprendizaje operante que se basan en la teoría del aprendizaje y constituyen la característica predominante del enfoque de intervención (Francis, 2005). Dentro de las intervenciones conductuales encontramos tres propuestas que predominan, una de ellas es Análisis Conductual Aplicado (ABA) es una intervención en la que se aplican los principios de la teoría del aprendizaje de una manera sistemática y medibles para aumentar, reducir, mantener y/o generalizar los comportamientos socialmente significativos. Para los niños con autismo, el método ABA se utiliza para aumentar los comportamientos, enseñar nuevas habilidades, mantener comportamientos, generalizar o transferir el comportamiento de una situación a otra, restringir o limitar las condiciones bajo las cuales se producen las conductas interferentes y reducir las conductas de interferencia, otro programa es el Discreet Trial Training (DTT), el cual implica dividir las habilidades específicas en pequeños componentes discretos o etapas

que se imparten a continuación, de manera gradual. El programa DTT está altamente estructurado con la elección de los estímulos, los criterios para la respuesta del objetivo, y el tipo de refuerzo que debe ser proporcionado todo claramente definida antes del inicio de cada ensayo. Esta es la estrategia principal y predominante en la enseñanza a los niños con TEA y por último encontramos dentro de las intervenciones conductuales la Intervención Conductual Intensiva (IBI) o Intervención del Comportamiento (EIBI), estos son términos genéricos que se refieren a las intervenciones conductuales que son intensivas e integrales. Las intervenciones intensivas se refieren a aumentar la cantidad de horas de tratamiento que el niño recibe por semana. El entrenamiento, el plan de estudios, la evaluación, la planificación y la coordinación también son intensivos. La provisión de la terapia se debe dar durante las interacciones con los padres, hermanos y compañeros, en la casa como en la escuela, es fundamental para la creación de un ambiente terapéutico completo que apoya la generalización (Roberts & Prior, 2006).

Otra subdivisión del enfoque educativo son las intervenciones de desarrollo, estas se centran en la capacidad del niño para formar relaciones positivas y significativas con otras personas. En general, los objetivos de estos programas son promover la atención, la interacción con los demás, la experiencia de un gama de sentimientos, el pensamiento lógico y organizado. Hasta la

fecha, hay poca evidencia para apoyar la investigación sobre la efectividad de las intervenciones de desarrollo para los niños con TEA, sin embargo a pesar de la escases de investigaciones, los estudios que se han hecho muestran positivos resultados en las áreas de comunicación, en lo cognitivo y en lo social. Se exponen cuatro modelos de intervenciones de desarrollo uno de ellos es el Modelo de Desarrollo Social-Pragmático (DSP), este modelo hace hincapié en la importancia de la iniciación espontanea de la comunicación, el foco de atención y motivaciones del niño, construyendo el repertorio comunicativo actual del sujeto. El DSP se centra en la participación exitosa en interacciones extendidas como medida de éxito, con mayor énfasis en la mejora de la capacidad de comunicación dentro de los eventos significativos y rutinas. Otra intervención es la llamada Modelo de Desarrollo de las diferencias individuales, basado en las relaciones (DIR). Esto también se conoce comúnmente como el enfoque "Tiempo en el piso" ("Floor time"). El programa incluye experiencias interactivas, que son dirigidas por el niño, en un entorno de bajo estímulo. Se sostiene que el juego interactivo, en donde el adulto sigue el ejemplo del niño, va a animar al niño a que 'quiera' referirse al mundo exterior. Por otro lado encontramos el programa Enseñanza Sensible (RT), el cual se basa en la teoría del desarrollo infantil, cuyo objetivo es ayudar a los padres para interactuar con mayor agilidad sus niños, se centra en ayudar a los niños a desarrollar

conductas claves relacionadas con la cognición, la comunicación, el funcionamiento social/emocional y la motivación; por último encontramos la Intervención para el Desarrollo de Relaciones (RDI), la cual es una serie de técnicas y estrategias de construcción en los procesos de desarrollo típicos de la competencia social. El objetivo de la RDI es aumentar la motivación e interés social en individuos con autismo y proporcionar actividades y entrenamiento para ayudarles a disfrutar y ser competentes en las relaciones sociales (Roberts & Prior, 2006).

Siguiendo con las subdivisiones del enfoque educativo, encontramos las Terapias Basadas en Intervenciones, estas son susceptibles de ser utilizadas con otros modelos. Algunas investigaciones han examinado la eficacia de estos modelos, una de las intervenciones mencionadas dentro esta categoría, es la intervención Centrada en la Comunicación, con resultados mixtos, a pesar de los resultados positivos faltan investigaciones exhaustivas y amplias sobre este tipo de intervención, por otra parte también encontramos un modelo de Estrategias Visuales e Instrucciones con Claves Visuales, este tipo de estrategia es utilizado comúnmente para la comunicación expresiva y receptiva, para apoyar su aprendizaje, la información del procesamiento y la capacidad de explorar tanto en el entorno físico y social. Luego, podemos mencionar otro programa de intervención llamado Habla Signada o Comunicación Total, el cual

durante mucho tiempo se ha utilizado para apoyar la comprensión y expresión de los niños con TEA. Sin embargo, se necesitan más investigaciones para evaluar la efectividad de este modelo, aparte de unos estudios escasos del habla signada, no se ha demostrado de forma fiable el desarrollo del lenguaje verbal. El Sistema de Comunicación por Intercambio de Imágenes (PECS) también pertenece a las terapias basadas en intervenciones, el cual consiste en enseñar a los niños a interactuar con otros, mediante el intercambio de imágenes, símbolos, fotografías u objetos reales. Los objetivos de PECS incluyen, la identificación de objetos que pueden servir como estímulos para las acciones de cada niño y el aprendizaje de las respuestas a preguntas sencillas con sistemas multi-imagen. Es un programa altamente estructurado que utiliza los principios de comportamiento de estímulo, respuesta y recompensa para lograr la comunicación funcional. Dentro de las terapias basadas en intervenciones podemos encontrar las Historias Sociales, que tiene como objetivo explicar situaciones sociales a los niños con autismo y así ayudar a que aprendan activamente respuestas apropiadas a las señales sociales. Por otra parte, podemos encontrar los Dispositivos de generación del habla (SGDs), las cuales se han utilizado para apoyar tanto la comunicación expresiva y receptiva de los niños con TEA, tiene como objetivo apoyar la comprensión, promover el aprendizaje de símbolos, aumentar las interacciones con adultos y compañeros,

y apoyar el expresión de deseos y necesidades. También podemos encontrar en este tipo de intervenciones el modelo de la Comunicación Facilitada (FC), la cual consiste en que un facilitador apoya el brazo de la persona con TEA, la muñeca o la mano, para ayudar o para elegir un dispositivo de comunicación, tales como un teclado, un dispositivo electrónico o un tablero de dibujo. Hasta la fecha no hay pruebas de que FC resulte consistente, útil o espontánea para la comunicación de un niño con TEA; y por ultimo podemos encontrar el modelo de Entrenamiento de Comunicación funcional (FCT), esta es una estrategia conductual para enseñar a las personas con autismo a usar la Comunicación Alternativa y Aumentativa (AAC), como sustitutos para el 'mensajes' que subyace en su comportamiento desafiante. Las intervenciones FCT, enseñan al individuo a comunicar uno o más mensajes funcionales, al tiempo que proporciona una alternativa positiva a un comportamiento desafiante (Roberts & Prior, 2006).

Continuando con la subdivisión de las clasificaciones del enfoque educativo encontramos las intervenciones sensoriomotrices, se enfoca en los problemas sensoriales característicos del TEA y se basa en la disminución de los estímulos del medio ambiente. Dentro de las intervenciones sensoriomotrices encontramos el Entrenamiento de Integración Auditiva (AIT), tiene como objetivo hacer frente a las distorsiones auditivas hipotéticos,

hiperagudas, y anomalías de procesamiento sensorial, que pueden causar molestias y confusión en las personas con TEA; se considera que estas hipersensibilidades interfieren con la atención, la comprensión y la capacidad del niño para aprender. En la actualidad, actualmente las terapias auditivas deben ser consideradas de naturaleza experimental, ya que hay poca evidencia de investigaciones de respaldo. Por otra parte, también encontramos dentro de las Terapias Sensoriomotrices las intervenciones de Integración Sensorial (IS), esta terapia tiene como objetivo mejorar las capacidades de procesamiento sensorial del cerebro a través de la provisión vestibular, táctil, y/o estimulación propioceptiva. La investigación actual no es compatible con la IS como un tratamiento eficaz para los niños con TEA, retrasos en el desarrollo o retraso mental; la limitada investigación hasta la fecha, no ha sido capaz de identificar la IS como una variable específica responsable de un cambio positivo de comportamientos o habilidades en un niño (Roberts & Prior, 2006).

Las intervenciones combinadas son una más de las subcategorías del enfoque educativo, estas son las intervenciones y programas que combinan elementos de los modelos de comportamiento y de desarrollo, tienen en cuenta la evolución de los conocimientos sobre el TEA y el desarrollo típico. Además, existe una tendencia a que estas intervenciones mediante la construcción de fortalezas subsanan las deficiencias de las características del autismo. Dentro

de esta subdivisión encontramos el Modelo SCERTS, el cual se centra en la Comunicación Social, Regulación Emocional y Soporte Transaccional, como las principales dimensiones de planificación de la intervención. El objetivo del programa es abordar directamente los déficits fundamentales observados en niños con autismo, basado en un enfoque altamente individualizado que se ocupa de los déficits principales que afectan a cada niño. Proporciona directrices específicas para ayudar a un niño a convertirse en un comunicador social competente y seguro, al mismo tiempo que evita los problemas de comportamiento que interfieren con el aprendizaje y el desarrollo de las relaciones. También está diseñado para ayudar a las familias, los educadores y terapeutas que trabajan cooperativamente en equipo, de forma cuidadosamente coordinada, para maximizar el progreso en el apoyo a un niño. (Prizant, Wetherby, Rubin & Laurent, 2007). También encontramos dentro de las intervenciones combinadas el método de Tratamiento y Educación de niños con Autismo y Problemas de Comunicación Relacionados (TEACCH), este modelo se enfoca en apoyar a niños, adolescentes y adultos con TEA a través de la provisión de información visual, la estructuración y la previsibilidad, además se centra en la estructuración del medio ambiente con el fin de facilitar el desarrollo de habilidades y de la independencia, entregando límites físicos y claros que se establecen para ayudar a los niños a entender lo que se espera

de ellos en cada área, entregando soportes visuales para apoyar la comprensión de los niños. Los resultados de un pequeño número de estudios han indicado resultados positivos para los niños que accedieron al programa TEACCH. (Roberts & Prior, 2006).

Las intervenciones basadas en la familia también son parte del enfoque educativo, son varios los programas dedicados a proporcionar apoyo a las familias de los niños con TEA. El apoyo puede incluir ayuda a los padres a comprender la naturaleza del TEA y los estilos de aprendizaje, proporcionando a los padres la enseñanza de estrategias para ayudar al aprendizaje de sus hijos, a establecer sus propias redes de apoyo, y proporcionar información sobre otros servicios y programas de apoyo que están disponibles. En los programas de apoyo a la familia, terapeutas y profesionales trabajan con los padres, hermanos, y otras personas importantes, en lugar de directamente con el niño con TEA. Un pequeño número de estudios con programas de apoyo familiar han arrojado resultados positivos para los niños con TEA y sus familias. Dentro de esta subdivisión encontramos el Programa de Comportamiento de Apoyo Positivo (PBS), este programa involucra a padres y profesionales, induciéndolos a trabajar juntos, de manera sistemática y en colaboración, para tratar el comportamiento desafiante de un niño. El PBS incluye estrategias para la enseñanza de habilidades destinadas a sustituir los problemas de

comportamiento, estrategias para la prevención de los problemas antes de que ocurran, estrategias para hacer frente a los problemas cuando se producen y estrategias para la vigilancia del progreso. También encontramos el Programa Hanen (Más que palabras), este es un programa de entrenamiento intensivo para los padres de niños en edad preescolar con TEA. El programa deriva su marco teórico desde una perspectiva social-pragmático, perspectiva de desarrollo y hace hincapié en la mezcla de aspectos tanto del comportamiento y programas centrados en el niño. Una evaluación preliminar de los resultados del tratamiento ha indicado que el programa presenta resultados positivos para los niños y las familias (Roberts & Prior, 2006).

Y por último las autores Roberts & Prior (2006) clasifican dentro del enfoque educativo a todas aquellas terapias y programas que según la revisión literaria que ellos realizaron no tiene cabida en las clasificaciones antes mencionadas, llamándolas Otras intervenciones, dentro de esta categoría encontramos Terapia Vida Diaria/Escuela Higashi, Enfoque opción (Son-Rise Program), Musicoterapia, SPELL, entre otras. La terapia Vida Diaria/Escuela Higashi tiene como objetivo apoyar a los niños a desarrollar habilidades necesarias para la vida diaria en el contexto de un programa de terapia de grupo. Los objetivos principales son desarrollar la autoestima y habilidades de vida independiente; mejorar la fuerza física, la coordinación y la resistencia;

estimular el intelecto del niño a través de una gama de áreas de aprendizaje que incluyen música, arte y drama. Sólo un pequeño número de estudios se han realizado en relación con la eficacia de la terapia Vida Diaria proporcionada a través de la escuela de Boston. A pesar de los informes de resultados positivos, ninguno de estos estudios tiene el rigor metodológico requerido para establecer conclusiones firmes que pueden extraerse. Enfoque opción (Programa Son-Rise), es un programa mediado por los padres, en el hogar, centrada en el niño, que tiene como objetivo crear entornos en los que los niños con TEA pueden participar en las interacciones sociales seguras y placenteras con otros. Los padres, por lo tanto, están capacitados para alterar la forma en que interactúan con sus hijos: llegar a ser más tolerante de sus comportamientos y participar en las actividades o comportamientos que él o ella encuentra interesantes, incluso cuando estos comportamientos no son socialmente aceptables (Howlin, 1997; Williams & Wishart, 2003). También encontramos la Musicoterapia mencionada dentro de Otras Intervenciones, esta se ha utilizado eficazmente con las personas con TEA, para promover la construcción de relaciones, habilidades de comunicación, la integración sensorial, el movimiento y desarrollo físico y cognitivo. En la actualidad, la evidencia de la eficacia de la terapia musical para niños con autismo es principalmente anecdótica, con sólo un pequeño número de informes clínicos y

estudios de pre-experimentales disponibles. No se cuenta con evidencia que afirme ampliamente la eficacia universal de la terapia musical para todos los niños con Trastornos del Espectro Autista. SPELL (Estructura-Positividad-Empatía-Baja excitación-Coordinación) es un marco utilizado para integrar las diferentes estrategias metodológicas y herramientas educativas, que tiene como objetivo apoyar a los profesionales y los padres en el desarrollo, implementación y en la evaluación de las intervenciones para las personas con TEA. El SPELL reconoce las necesidades individuales de cada niño con TEA y enfatiza la necesidad de utilizar programas que se centran en los puntos fuertes, con el fin de atender las necesidades de aprendizaje y participación de los niños.

Tabla II -2: “Clasificación de Intervenciones para TEA”

Enfoque Biológico	Medicación	Estimulantes
		Típico anti-psicóticos
		Anti-psicóticos atípicos
		Individuales de la recaptación de Serotonina específica
		Agentes GABA-érgicos
		Agentes Glutamatérgicos
		Agentes Adrenérgicos
		Agentes Colinérgicos
		Bloqueadores Beta
		Agentes Opioidérgica
		Medicamentos anti-convulsivos
	Medicina Complementaria y alternativa	Dieta
		Quelación
		Crecimiento excesivo de levadura
		Enzimas digestivas
	Secretina	

		Con-explotación de la vacuna triple vírica
		Vitamina B6 y Magnesio
		Osteopatía Craneal
Enfoque psicodinámico		Pheraplay
Enfoque Educativo	Intervenciones Conductuales	Análisis Conductual Aplicado (ABA)
		Discreet Trial Training (DTT)
		Intervención Conductual Intensiva (IBI)
	Intervenciones de Desarrollo	Modelo de Desarrollo Social-Pragmático (DSP)
		Modelo de Desarrollo de las Diferencias Individuales (DIR)
		Programa de Enseñanza Sensible (RT)
		Intervención para el Desarrollo de Relaciones (RDI)
	Terapias Basadas en Intervenciones	Intervención Centrada de Comunicación
		Estrategias Visuales e Instrucción con Claves Visuales
		Habla Signada o Comunicación Total
		Sistema de Comunicación por Intercambio de Imágenes (PECS)
		Dispositivos de Generalización de Habla (SGDs)
		Modelo de la Comunicación Facilitada (FC)
		Modelo de Entrenamiento de Comunicación Funcional (FCT)
	Intervenciones Sensoriomotrices	Entrenamiento de Integración Auditiva (AIT)
		Intervención de Integración Sensorial (IS)
	Intervenciones Combinadas	Modelo SCERTS
		Programa TEACCH
Intervenciones Basadas en la Familia	Programa de Comportamiento de Apoyo Positivo (PBS)	
	Programa Hanen (Más que Palabras)	
Otras Intervenciones	Terapia Vida Diaria/Escuela Higashi)	
	Enfoque Opción (Son- Rise Program)	
	Musicoterapia	
	SPELL	

Fuente: Elaboración propia.

En la actualidad existe una gran variedad de tratamientos para ser utilizados en personas con TEA y sus familias, aún falta mayor investigación para reafirmar la eficacia de estas intervenciones. Los programas mencionados anteriormente contenían componentes similares independiente del enfoque al cual pertenecieran, estos componentes son el proporcionar un contenido

curricular específico para TEA centrado en la atención, el cumplimiento, la imitación, el lenguaje y las habilidades sociales; la necesidad de dar direcciones de enseñanza a los niños en forma de apoyo para comprender su entorno; el incluir estrategias específicas para promover la generalización de nuevas habilidades; la necesidad de dar direcciones a los niños para la previsibilidad y la rutina; el adoptar un enfoque funcional de comunicación para hacer frente a los comportamientos disruptivos; el tener la seguridad de que los miembros de la familia se apoyan y participan en colaboración con los profesionales involucrados en la entrega de los tratamientos. Es importante tener en cuenta que no hay un programa único que se adapte a todos los niños con TEA y sus familias. Sin embargo, existe evidencia que sugiere que hay beneficios sustanciales a corto y largo plazo, siempre y cuando estos están debidamente adaptados al patrón del niño considerando sus fortalezas y debilidades y teniendo en cuenta las circunstancias familiares.

En esta investigación nos enfocaremos en la musicoterapia, la cual se clasifica dentro de Otras Intervenciones según Roberts & Prior (2006). Otra terapia a describir será la equinoterapia, la cual surgió de manera emergente dentro de la muestra, como un tratamiento para la intervención del TEA.

## **5.1. Musicoterapia**

La música como elemento terapéutico influye de forma positiva ayudando a evocar y posibilitar la mantención y el desarrollo de funciones cognitivas como los sentimientos, los recuerdos, las percepciones de las cosas, las emociones y la imaginación, lo que permite una proyección personal y colectiva además de favorecer nuestra atención, concentración y reflexión (Gento & Lagos, 2012)

### **5.1.1. Historia de la musicoterapia**

La práctica de la música como herramienta para enfrentar enfermedades es casi tan antigua como la música misma, los primeros documentos en donde se hace alusión a sus efectos sobre el cuerpo humano son posiblemente los papiros médicos egipcios descubiertos en Kahúm, por Petrie, y que datan del año 1500 A.C. Estos narran sobre el encantamiento por la música, a la que atribuían una influencia positiva sobre la fertilidad de la mujer. Son varios los autores que reconocen como otro de los primeros relatos sobre música curativa la efectuada por David con su arpa frente al rey Saúl (Eguiluz, Jara, Miranda & Pezoa, 2004). Cada vez que el espíritu de parte de Dios atormentaba a Saúl,

David tomaba su arpa y tocaba. La música calmaba a Saúl y lo hacía sentirse mejor, y el espíritu maligno se apartaba de él (Samuel 16:19-23).

Los griegos utilizaron la música de manera razonable y lógica, aumentaron la prevención y sanación de enfermedades físicas y mentales, debido a la importancia que se le concedió, el estado griego controlaba el uso de la música. Platón y Aristóteles bien podrían ser los precursores de los musicoterapeutas. Aristóteles hablaba del verdadero valor médico de la música ante las emociones incontrolables y atribuía su efecto beneficioso para la catarsis emocional, es decir, a la expresión de los sentimientos internos que produce una sensación de liberación plena y de pureza. Platón recitaba música y danzas para los terrores y las antiguas fobias (Eguiluz et al., 2004).

En los archivos de investigaciones medievales, se narra la labor de los músicos para aliviar los dolores de los enfermos hospitalizados. Ya en el 1489, Marsilio Ficino, se esfuerza por dar una explicación física de los efectos de la música y une, en una enseñanza coherente, la filosofía, la medicina, la música y la astrología. Desde el siglo XVII, los médicos empiezan a contemplar el valor terapéutico de la música en términos de fisiología y psicología. Un siglo más tarde se encontraron investigaciones sobre los efectos puramente fisiológicos de la música, como por ejemplo, diversos estudios realizados de los efectos de la música sobre las fibras del organismo, atribuyéndole un efecto triple:

calmante, incitante y armonizante. Investigaron sobre la relación entre los ritmos corporales y la música, el pulso y el tiempo musical (Palacios, 2004).

El padre Antonio José Rodríguez en el siglo XVIII, es el autor de la primera obra española de Musicoterapia con inquietudes científicas. Partiendo de la medicina tradicional, considera que la música, como elemento físico y armónico, es capaz de modificar el estado de ánimo y, a través de él, influir sobre las funciones fisiológicas. Vislumbra que la música cura únicamente las enfermedades debidas a anomalías en el estado de ánimo. Mas tarde se realizan estudios para ver como afecta la música en el hombre, ya que la aplicación creciente de tratamientos médicos a enfermedades mentales y físicas, despierta en los médicos un gran interés por los medios terapéuticos auxiliares (Palacios, 2004).

El médico y escritor Rafael Rodríguez Méndez pensaba y proclamaba abiertamente el uso de la música y el canto en terapéutica. Tanto es así, que uno de los primeros pasos que dio como director de un manicomio fue organizar una orquesta toda compuesta de enfermos. Describía que era conveniente aplicarla en casos de maníacos, incluso llegó a curar a un paciente de su mutismo haciéndole cantar en el coro. La utilización científica de la música como terapia y la existencia de profesionales musicoterapeutas ha de situarse

en el siglo XX, siendo Emile Jacques Dalcroze precursor de esta. Jacques sostenía que, el organismo humano era susceptible de ser eficazmente educado conforme al impulso de la música. Acabó con los rígidos esquemas tradicionales posibilitando el descubrimiento de los ritmos del ser humano, único punto de partida para la comunicación con el enfermo. Proclamaba que los ritmos musicales y corporales eran el resultado de movimientos sucesivos, ordenados, modificados y estilizados que formaban una verdadera identidad (Palacios, 2004).

Se funda, en el año 1950, la Asociación Nacional de Musicoterapia (NAMT), la cual contribuyó a una mayor unidad y estandarización. Su labor fue tan importante que consiguieron que el estado (gobierno de Estados Unidos), financiase el tratamiento de Musicoterapia. Veinte años más tarde, Barbara Wheeler, miembro de esta misma asociación, crea la Asociación Americana para musicoterapia (AAMT). Luego, unos años más tarde se fusionan estas dos instituciones en 1998 bajo el nombre de Asociación de Musicoterapia Americana (AMTA), única asociación norteamericana de profesionales musicoterapeutas que existe en la actualidad (Palacios, 2004).

En el 5º Congreso Mundial de Musicoterapia, de Génova 1985, se redacta el documento de constitución de la Federación Mundial de

Musicoterapia, siendo elegido como primer presidente al Dr. Benezon. En 1993, la federación contaba con 32 asociaciones en todo el mundo, la lista completa de las cuales se puede encontrar en el "Compendio de Musicoterapia" (II Vol.) de la Dra. Serafina Poch (Palacios, 2004).

En Chile, se realizó el primer seminario de musicoterapia en la Facultad de Artes de la Universidad de Chile en 1977, siendo uno de los participantes Dr. Benenzon. En la década de los '90, la Facultad de Artes de la Universidad de Chile, creó el programa de especialización de postgrado en Terapias de Arte mención Musicoterapia. Durante el 2005, se crea la primera Asociación Chilena de Musicoterapia (ACHIM), cuyo objetivo es el de promover, regular y acreditar la especialidad en nuestro país (Torres, 2010).

Desde entonces se han realizado eventos, cursos experienciales y teóricos que han puesto en evidencia el creciente interés de profesionales y graduados en música, educación y ciencias de la salud por una especialización sistemática y una formación continua en esta área.

### **5.1.2. Definición del Concepto de Musicoterapia**

Hay una gran diversidad de definiciones para la musicoterapia, pero aún no existe una definición que sea universal. Muchos terapeutas han propuesto sus propias definiciones y las asociaciones de musicoterapia también han creado su definición para este término. La musicoterapia significa algo diferente para cada persona, debido a su naturaleza elusiva, son muchos los aspectos que dificultan encontrar un consenso en cuanto a una definición correcta y completa que abarque todos los alcances de esta terapia. Se puede afirmar que la unión de dos disciplinas como lo son la música y la terapia se fusionaron, lo que dio paso a la terapia musical, siendo esta una combinación dinámica de arte, ciencia y un proceso interpersonal (Bruscia, 2006)

La musicoterapia también ha sido definida por Thayer Gaston (1957) que defendía el empleo de la música para “provocar cambios en las personas que la escuchan o ejecutan” (p. 23), en cambio Alvin (como se citó en Palacios, 2004) la define como “el uso dosificado de la música en el tratamiento, rehabilitación, la educación y el adiestramiento de adultos y niños que padecen trastornos físicos, mentales y emocionales”. El médico y catedrático de la Universidad Francisco Vidal y Careta, es quien en 1882, realiza la primera tesis musical que integra tanto la música como la medicina: La música en sus relaciones con la

medicina. Las conclusiones fueron: La música es un agente que produce descanso y distrae al hombre en sus preocupaciones; es un elemento tanto más social que el café, tabaco y todo lo que engendra el trato, y por lo tanto es bueno que el hombre sepa utilizarlo; deben establecerse orfeones y conciertos populares de música clásica que haciendo al hombre más indiferente a la música trivial contribuyan a moralizarle; es indispensable conocer la acción fisiológica de sus distintos géneros para mejor aplicarla donde convenga; debieran organizarse orquestas en todos los manicomios, aunque sólo fuera para solaz de los vesánicos; es conveniente aplicarla en las neurosis para que se tengan pronto datos seguros y se regularice su empleo; deben combatirse con tal agente todos los y casos de excitación o depresión nerviosa (Méndez, como se citó en Musicoterapia, 2002)

Benenzon (2000), define la musicoterapia como “una psicoterapia que utiliza el sonido como la música y los instrumentos corporo-sonoros-musicales para establecer una relación entre musicoterapia y paciente o grupos de pacientes, permitiendo a través de ella mejorar la calidad de vida y recuperando y rehabilitando al paciente para la sociedad” (p.25). Una descripción de musicoterapia más reciente es la de Bruscia (2006) “proceso de intervención sistemática en el cual el terapeuta ayuda al cliente a obtener la salud a través de experiencias musicales y de las relaciones que se desarrollan a través de

ellas, como las fuerzas dinámicas para el cambio” (p.18).

La Federación Mundial de la Musicoterapia (WFMT, 2011) define la musicoterapia como el uso profesional de música y sus elementos como una intervención en entornos médicos, educativos y de todos los días con individuos, grupos, familias o comunidades que buscan optimizar su calidad de vida y mejorar su bienestar físico, social, comunicativo, emocional, salud y el bienestar intelectual y espiritual. La investigación, la práctica, la educación y la formación clínica en la terapia musical se basan en las normas profesionales de acuerdo a los contextos culturales, sociales y políticos.

Lacárcel (1995), considera a la musicoterapia como una terapia basada en la producción y audición de la música, escogida esta por sus resonancias afectivas, por las posibilidades que da al individuo para expresarse a nivel individual y de grupo, y de reaccionar a la vez según su sensibilidad, y también al unísono con los otros (p.9).

Fregtman (1982) dice que “La musicoterapia es esencialmente una terapia activa. Nos inclinamos más a un ámbito creativo, en donde el paciente puede jugar con sus propios sonidos y ser el artífice de su tratamiento, mucho más que a una audición pasiva de sonidos previamente preparados por el musicoterapeuta” (p.39).

Poch (como se citó en Lagos, 2012) indica que “Cualquier actividad musical (escuchar música, tocar un instrumento, cantar, bailar, etc.) por ella misma no es musicoterapia. Para que sea musicoterapia estas actividades deben formar parte de un proceso terapéutico».

El uso de la música y el movimiento de forma directa, controlada y equilibrada son utilizadas como herramientas terapéuticas, otorgándole la denominación de musicoterapia, siendo su fin cuidar desde la prevención el restablecimiento de su salud, sustentándose en la ciencia y el arte musical (ritmo, melodía y armonía, etc.), además de la búsqueda de mejora y bienestar (terapia), esto convierte a la musicoterapia en una de las más importantes terapias no farmacológicas actuales.

### **5.1.3. Principios de la Musicoterapia**

El Musicoterapeuta Rolando Benenzon creó un modelo Teórico llamado Benenzon Model, basado en los conceptos del ISO (identidad sonora); objeto intermediario; objeto integrador; espacio vincular; tiempo terapéutico, distancia óptima (Benenzon, 2000, p.67).

El Iso es el conjunto infinito de energías sonoras, acústicas y de movimiento que pertenecen a un individuo y lo caracterizan. Este movimiento constante está formado por las energías sonoras heredadas a través de las estructuras genéticas por las vivencias vibracionales, gravitacionales y sonoras durante la vida uterina y por todas las experiencias analógicas desde el nacimiento hasta la vida adulta (Benenzon, 2000, p.67).

Benenzon (2000) distingue 4 estructuras energéticas del ISO, clasificándolo en: ISO Universal, que hace alusión a energías corporo-sonoras-musicales que se encuentran en el inconsciente, heredadas genéticamente desde hace milenios. Es una estructura dinámica, sonora, que caracteriza a todos los seres humanos, como el latido del corazón, sonidos de la inspiración y la espiración, del flujo sanguíneo y del agua. Posteriormente está el ISO Gestáltico, el cual son energías corporo-sonoras-musicales que también se encuentran en movimientos en el inconsciente, pero se van desarrollando a partir de la historia de este individuo, es decir, a partir de las vivencias de la concepción. Es posible que estas estructuras se vayan amoldando a partir de la estructura del ISO universal. Después encontramos al ISO Cultural, que está formado por energías corporo-sonoras-musicales, que se nutren desde el nacimiento del individuo y con todos los estímulos que recibirá del medio

ambiente que lo rodea, estas energías forman parte del preconscious. Y por último, encontramos al ISO Grupal, que es un sistema de energías corporo-sonoras-musicales, que aparecen en determinados momentos de la interacción de un grupo. Estas energías se encuentran en el espacio vincular. Es una identidad cambiante que aparece y desaparece, y que se forma en un momento dado, a raíz de las energías de los ISOS gestálticos, universales y culturales de un número de individuos que utilizan canales de comunicación semejantes (Benenzon, 2000, p.67-70).

#### **5.1.4. Objetivos de la Musicoterapia**

Avalados por diferentes autores, Bruscia realiza una lista de los objetivos específicos en la musicoterapia (como se citó en Trallero, 2000).

- Restaurar, mantener y mejorar la salud física y mental.
- Ayudar a la rehabilitación, educación y entrenamiento, con la mejora de destrezas necesarias para la vida.
- Lograr un mayor desarrollo, crecimiento y bienestar.
- Mejorar el funcionamiento y integración dentro del entorno social.

- Mejorar el concepto y la comprensión de uno mismo.
- Estimular el descubrimiento de las propias potencialidades y recursos.
- Obtener cambios positivos en la conducta; transformar o influenciar la personalidad.

Por otra parte Thayer Gaston (1993) presenta 3 objetivos fundamentales de la musicoterapia: el primero es, el establecimiento o restablecimiento de las relaciones interpersonales; el segundo es, el logro de la autoestima por medio de la autorrealización; y por último, el uso del poder singular del ritmo para dotar de energía y organizar.

#### **5.1.5. Objetivos de Musicoterapia en la Educación Especial**

Lacárcel (1995), hace énfasis en mejorar la afectividad, la conducta, la perceptivo-motricidad, la personalidad y la comunicación en alumnos en educación especial. Ya que la música actúa sobre el sistema neuromuscular, se puede trabajar sobre funciones psicofisiológicas (ritmo cardiaco y respiratorio) y así es posible reestablecer ritmos biológicos y así mejorar el control tónico-emocional. Es por ello que, Lacárcel (1995) formulo objetivos para el área

psicofisiológica, el área afectiva/cognitiva y el área social.

En el área psicofisiológica, Lacárcel (1995) propone objetivos como permitir la expresión emocional; adquirir nuevos intereses relacionados con el mundo sonoro, observar, comprender el entorno e integrarlo en la propia experiencia; desarrollar capacidades intelectivas: imaginación, inteligencia creadora, atención, memoria, comprensión de conceptos, observación, concentración, agilidad mental, fantasía; aumentar la confianza en sí mismo, a partir de la adaptación a la propia discapacidad; descargar las tensiones y energía reprimida, a través del movimiento y el ritmo y potenciar las capacidades latentes.

Lacárcel (1995), manifiesta en el área afectiva y cognitiva los siguientes objetivos tales como desarrollar las facultades perceptivo-motrices, percibir las organizaciones espaciales, temporales y corporales; desarrollar la coordinación y regularización motriz; equilibrio, marcha, lateralidad, tonicidad; integrar y reconocer el esquema corporal; desarrollar la sensorialidad y la percepción, discriminar la información auditiva y sensibilizarse a las vibraciones sonoras; crear reflejos y respuestas dinámicas; adquirir destrezas y medios de expresión corporales, instrumentales, gráficos, espaciales, temporales; desarrollar y reeducar el habla y la expresión oral por medio de la articulación, vocalización,

acentuación y control de la voz; desarrollar la expresión oral a través de ejercicios vocales, de entonación y de canciones; facilitar a los alumnos unas vivencias musicales que los enriquezcan y que estimulen su actividad física, psíquica y emocional.

Y por último, en el área social los objetivos propuestos por Lacárcel (1995) son elaborar pautas de conducta adecuadas, que faciliten la interacción y la adaptación interpersonal y social; abrir nuevos canales de comunicación y facilitar las relaciones con los demás; integrar grupal y socialmente al alumno para que pueda establecer una relación gratificante con el grupo y que se sienta aceptado; rehabilitar, socializar, reeducar e integrar al niño a través de su participación activa en el acto de tocar instrumentos o cantar.

Los beneficios de la musicoterapia no solo son para un tipo de diagnóstico si no para una gama de diferentes necesidades que presentan nuestros estudiantes. Esta terapia debe ser practicada de forma dinámica y participativa ya que no solo se busca adquirir su conocimiento sino como un medio para sentirse mejor con ellos mismos y con su entorno. A través de la utilización de musicoterapia es posible verificar que muchos niños y/o pacientes han mejorado notablemente su deficiencia. “Es obvio que esta será en función del grado de deficiencia sufrido y de la cualidad de la misma, ya que no

podemos perseguir los mismos objetivos ni los mismos resultados con un tipo de incapacidad que con otro” (Lacárcel, 1995, p. 18)

En términos generales es posible resumir los beneficios que aporta la intervención musical en niños y/o pacientes de la siguiente manera: la música como medio de expresión y de comunicación, favorece el desarrollo emocional, mejora de un modo considerable las percepciones y la motricidad del niño, así como su afectividad; favorece la manifestación de tensiones, problemas, inquietudes, miedos, bloqueos, etc., actuando como alivio y disminuyendo la ansiedad; al tratarse de un lenguaje específico, suscita una actividad, mueve a la acción aceptada, que lleva a un goce y satisfacción tanto a nivel individual como grupal; se consigue mayor equilibrio psicofísico y emocional. Consigue que se establezca una comunicación a través del arte y esta es más inmediata y profunda que la palabra; las respuestas psicofisiológicas se registran en diferentes parámetros: encefalograma, reflejo psicogalvánico, ritmo cardiaco, amplitud respiratoria; los estímulos rítmicos aumentan el rendimiento corporal, también aumenta el riego sanguíneo cerebral y los niños más difíciles (por ejemplo, autistas), responden al estímulo musical más que a cualquier otra clase de estímulo (Lacárcel, 1995, p. 18).

Debe existir un control preciso en la aplicación de musicoterapia en niños

y/o personas diagnosticadas con TEA ya que puede existir la posibilidad de que estos se aíslen aún más en su propio mundo, refugiándose en sí mismos siendo casi imposible obtener la atención impidiendo abrir canales de comunicación (Lacárcel, 1990, p.91).

#### **5.1.6. Musicoterapia en la intervención en el Trastorno del Espectro Autista**

Los principales impedimentos de las personas con trastorno de espectro autista (TEA) incluyen la interacción social y la comunicación. La musicoterapia emplea la música y sus elementos para permitir la comunicación y expresión y, así, intenta abordar algunos de los problemas principales de las personas con TEA, es por ello que Benenzon (2000) propone la musicoterapia como una intervención segmentada en 3 etapas:

Primera etapa llamada “Regresión”; en esta etapa inicial se somete al paciente a sonidos empáticos con su estado regresivo y se produce la apertura de los canales de comunicación utilizando técnicas pasivas o receptoras, es decir, a sonidos sin consignas previas. La segunda etapa es la de Comunicación, en esta el paciente se comunica con el musicoterapeuta, quien

aprovecha los canales de comunicación abiertos en el primer nivel para introducirse como ser humano. Y por último, la tercera etapa “Integración”, en la cual el paciente se comunica con el medio que lo rodea y su grupo familiar aprovechando los canales de los niveles anteriores (Benenzon, 2000, p.186).

Un estudio realizado por Kim, Wigram & Gold (2008), cuyo objetivo fue investigar los efectos de la musicoterapia de improvisación sobre las conductas de atención conjunta y cambios de comportamiento de trece niños y dos niñas de edades comprendidas entre los 3 y 5 años, diagnosticados con autismo y que no tenía experiencia previa en ninguna de las dos estrategias diferentes utilizadas las cuales fueron la terapia musical de improvisación y sesiones de actividades realizadas con objetos para jugar. Los resultados generales demostraron que fue más eficaz la musicoterapia improvisada que el juego para la facilitación de conductas de atención conjunta y habilidades sociales de comunicación no verbal. Se pudo observar tanto un aumento en el contacto visual como en el respeto de turnos, por lo que los resultados en base a logros obtenidos durante musicoterapia y sesiones de juegos apuntan a que la primera es más favorable. Los resultados del enfoque de comportamiento social proponen que tanto profesionales como padres admiten progresos, sin embargo no se logró mostrar mejorías de atención conjunta gestual (señalar y mostrar).

La musicoterapia de improvisación ofrece espacio para los comportamientos de comunicación, tales como conductas de atención conjunta, incluyendo el contacto visual (Kim et al., 2008).

Es bien sabido que no existe una “cura” para el TEA, pero a través de diversas investigaciones se ha comprobado que incluir a la familia en las terapias es sin duda positivo para generar cambios y avances en el paciente. Allgood (2005) a través de su investigación, afirma que la musicoterapia es eficaz en las personas que padecen TEA. Este autor examinó las percepciones de los padres acerca de la participación de sus hijos en un grupo de musicoterapia durante 7 semanas, los participantes fueron las familias con un niño diagnosticado con autismo de entre 4 a 6 años de edad, fueron 4 las familias participantes (el niño y al menos un padre o cuidador primario). Los padres expresaron su opinión sobre la terapia siendo sus percepciones positivas. Los niños comenzaron a mostrarse más participes de las actividades de musicoterapia, aumentaron el tiempo de manipulación de instrumentos, producían más vocalizaciones y lograron mantenerse en contacto físico con sus pares, se trabajó en conjunto con los padres lo que a través del compartir percepciones entre ellos los llevo a conocerse a sí mismos y a sus hijos más allá de su TEA (Allgood, 2005).

## **5.2. Equinoterapia**

La equinoterapia, también llamada hipoterapia, es un conjunto de técnicas terapéuticas que emplea al caballo para reestablecer el buen estado de salud de un individuo (Gros, 2006). El caballo es utilizado como instrumento intercesor en esta terapia, ofreciendo así beneficios integrales tanto en el plano físico como psicológico (Cardo, 2011).

La característica de marcha que posee el equino es similar a la marcha de un ser humano (movimiento rítmico, variable y repetitiva) por lo cual este tratamiento puede llegar a ser beneficioso en el reestablecimiento y mantenimiento de un buen estado de salud, abarcando las áreas: física, psicoemocional y social (Ibañez, 2013).

### **5.2.1. Historia de la equinoterapia**

La palabra hipoterapia proviene del griego “hippos” que significa caballo. Esta expresión es empleada para detallar las estrategias de tratamiento que usa el movimiento del caballo para mejorar el control postural, balance y la movilidad. La monta terapéutica comenzó a ser utilizada en el año 460 A.C por

Hipócrates como una forma de batallar contra el insomnio y mejorar la tonicidad muscular. El escritor y científico Alemán Johann Wolfgang Von Goethe, en 1800, expresa la importancia de la utilización del uso del caballo en el tratamiento de trastornos físicos y psíquicos. Más tarde, el neurólogo Frances Chassaignac (1875) observó que un caballo en acción mejora el equilibrio, el movimiento articular y el control muscular de sus pacientes. Las percepciones en relación a las vivencias de sus pacientes le convencieron de que montar a caballo mejoraba el estado de ánimo y que era especialmente provechoso en situaciones de paraplejias y de trastornos neurológicos. Al finalizar la primera guerra mundial, el hospital ortopédico de Oswentry (1901) dio rehabilitación a las personas discapacitadas utilizando al equino como instrumento de rehabilitación. Luego de esto, en 1917 se funda el primer grupo de equinoterapia para dar respuesta a los discapacitados que dejó la primera guerra mundial en el hospital universitario de Oxford (Pérez, 2007); no obstante en el año 1953, se realizaron las primeras investigaciones científicas en hipoterapia por el doctor Max Rey Chenbach, las que consistieron en estudiar el tratamiento de los movimientos del equino en personas con dificultades motrices, dando pie así a la creación de centros de hipoterapia en Norteamérica y Europa, como también pasó a ser parte de las ciencias de la rehabilitación (López & Moreno, 2015).

Posteriormente, en la década de los 80', un equipo de fisioterapeutas Norteamericanos viaja a Alemania a estudiar la hipoterapia, lo que llevó a la estandarización de esta. Debido a estos avances, al finalizar la década del 90' se reconoce la especialidad de equino terapeutas (Castillo, 2011), expandiéndose el uso de la hipoterapia a otros países y creando diferentes asociaciones como la Federation of Riding for Disabled International (FRDI) que es la mediadora para la colaboración entre organizaciones en el campo de la hipoterapia (López & Moreno, 2015).

### **5.2.2. Definición del concepto de equinoterapia**

Se emplea una diversa gama de términos para referirse indistintamente a esta ciencia terapéutica, entre ellos: equinoterapia, hipoterapia, equitación terapéutica, monta terapéutica, equitación social, equitación para discapacitados; las que crean una cierta confusión al lector. Lo apropiado es categorizarla de dos grandes grupos: la equitación deportiva y la equinoterapia. La primera hace alusión a un sentido más general y menos individual en el trabajo en función al beneficio en cuanto a la capacidad funcional y a la adaptación psicológica de la persona que lo practica, en cambio, la

equinoterapia fundamenta en la concepción de la equitación como propósito terapéutico más particular, su propósito es que el movimiento de la marcha y el vínculo con el equino tenga una influencia terapéutica sobre el sujeto (Castillo, 2011).

Según Castillo (2001), se refiere a la equinoterapia como “una forma de tratamiento alternativo para personas con discapacidad física, psíquica o sensorial, problemas de salud mental y/o adaptación social, que emplea como elemento terapéutico la relación del paciente afectado con el caballo” por lo tanto, la equinoterapia debe ser utilizada como complemento y no como sustitución de un tratamiento. Por otra parte Ernst (como se citó en, V. Arias, B. Arias & Morentín, 2009) se refiere a la hipoterapia como un conjunto de técnicas rehabilitadoras complejas aplicables a un gran número de cuadros discapacitantes, especialmente del aparato locomotor.

La equinoterapia está sugerida a personas quienes, por lo severo de su discapacidad, escasamente logran practicar alguna acción sobre el equino (Romerá, 2006). Esta terapia utiliza al equino como instrumento para mejorar las habilidades de los pacientes con alguna discapacidad. Las acciones se orientan en 3 direcciones principales: la llamada hipoterapia, la monta terapéutica, y la equitación como deporte adaptado para personas con

discapacidad (Gross, 2006). Desde la mirada científica; es este caso en la medicina, se hace referencia a la equitación como un método terapéutico y educacional fundamentándose en teorías como neuroplastia y neurorestauración donde es usado al equino como un elemento curativo o de estimulación, por lo cual aborda múltiples áreas como la de la educación, equitación y de salud, otorgando programas, propuestas secuenciales elaboradas y marcando bien cada rol, con el fin de lograr un progreso bio-psico-social en personas que presentan algún tipo de necesidad especial (Barboza, 2001).

### **5.2.3. Clasificación de la equinoterapia**

En concordancia al cuadro clínico de los pacientes y el empleo de las estrategias terapéuticas, la equinoterapia se puede clasificar en: Hipoterapia pasiva, hipoterapia activa y monta terapéutica. La primera clasificación se basa en el uso del equino, el sujeto que lo monta no necesita ejecutar ninguna actividad ya que los ejercicios de rehabilitación son ejecutados por el terapeuta. El movimiento rítmico, la temperatura corporal y el patrón tridimensional de locomoción del equino son los que estimulan al paciente por lo cual no se

emplea una silla de montura pero se hace uso de una técnica que consiste en dar apoyo al paciente y ser alineado durante la monta por el terapeuta el cual se encuentra sentado detrás de él, esta técnica es llamada “back riding” o en español es conocida como montar de nuevo (Pérez, 2011). La hipoterapia activa busca estimular el tono muscular, el control postural, la coordinación y el equilibrio mediante ejercicios neuromusculares, en esta clasificación el paciente tiene una participación más activa. En estas dos clasificaciones incluyen a un guía que lleva al equino y dos asistentes laterales para resguardar el bienestar del paciente. Finalmente la monta terapéutica tiene como objetivo lograr que el paciente controle al equino, se relacione con él y se transforme en un jinete activo montano generalmente solo y adquiriendo los principios básicos de la equitación. Dependiendo de las habilidades que haya adquirido el paciente se trabaja paso, trote y galope. (López & Moreno, 2015).

El fin terapéutico de esta práctica viene dado por el momento evolutivo y las características propias, las habilidades y destrezas del sujeto en conjunto con el trabajo profesional del terapeuta.

#### **5.2.4. Principios de la Equinoterapia**

El terapeuta se ampara en principios de rehabilitación con el fin de convertir la monta a caballo en una técnica terapéutica enfocada en la rehabilitación funcional de los sujetos que presentan déficit cognitivo, motriz, social y comunicativo siendo 3 estos principios básicos dispuestos por Edith Gross (Cardo, 2011):

El primero, se refiere a la transmisión del calor corporal del caballo al cuerpo del jinete, este principio hace alusión a la temperatura que transmite el equino (38°C aprox.) al paciente, lo que facilita la distensión muscular y de ligamentos, la incrementación del flujo sanguíneo hacia el sistema circulatorio e incitando la sensopercepción táctil, todo esto con el objetivo de beneficiar la función fisiológica de los órganos internos (López & Moreno, 2015). En este principio como característica principal a nivel fisiológico se trabaja la relajación y elongación de los aductores estimulando la liberación del cinturón pélvico, permitiéndole a este recuperar su posición correcta y funcionalidad mediante la flexibilidad y elasticidad que va adquiriendo en el proceso de la terapia con el equino (Cardo, 2011). En el aspecto psicoterapéutico es de gran importancia la temperatura corporal que genera el equino, ya que esta, es percibida como sustituta del calor materno aportando a adquirir sentimientos de seguridad,

amor y protección por el paciente (Cardo, 2011).

El segundo principio, se designa trasmisión de impulsos rítmicos del lomo del caballo al cuerpo del jinete, en este principio mediante el movimiento del lomo del equino se transmiten impulsos rítmicos hacia el cinturón pélvico, hacia la columna vertebral y a los miembros inferiores del jinete, estos impulsos son provocados por los músculos lumbares y ventrales del equino, se contraen y distienden rítmicamente y de forma regular en la marcha. El paciente da como respuesta una coordinación fina del tronco y de la cabeza por lo que se genera un entrenamiento de la coordinación psicomotriz de ambas partes sin utilizar las piernas. Por otra parte Ernst y De la Fuente (como se citó en Cardo, 2011) afirman que en media hora de caminata sobre el equino el paciente practica 2.000 ajustes tónicos por minutos. A nivel fisiológico este principio tiene como fin proporcionar estímulos para regularizar el tono muscular y desarrollar movimientos coordinados, programándose nuevos patrones de locomoción a modo de compensación de las áreas neuronales dañadas, por otro lado, a nivel psicoterapéutico el efecto mecedor del caballo estimula experiencias regresivas liberando traumas y bloqueos psicológicos, un factor clave en la relajación psíquica, en la reconstrucción del autoestima y del mundo que rodea al paciente es la experiencia que provoca la sensación de dejarse mover por el equino y

poder avanzar sin voluntad propia (Cardo, 2011).

Y por último, el tercer principio hace referencia a la transición de locomoción tridimensional equivalente al patrón fisiológico de la marcha humana, este principio otorga un patrón fisiológico de la marcha en forma sentada sobre el equino (el paciente camina sentado sin hacer uso de sus piernas) grabándose este patrón en el cerebro, con el tiempo consigue andar en pie mediante la automatización de este modelo. Ernst y De la Fuente (como se citó en Cardo, 2011) plantean que el equino transmite al jinete de 90 a 110 oscilaciones tridimensionales por minuto, estas oscilaciones son las siguientes:

Tabla II -3: "Oscilaciones Tridimensionales"

Oscilaciones alrededor del eje fronto- trasversal	Oscilaciones alrededor del eje ságit- o-transversal	Movimientos sobre el eje fronto- trasversal
Tiene como fin originar un efecto de rotación interna y externa de la cadera.	Tiene como resultado una abducción/aducción de cadera.	Es una oscilación de extensión/ flexión de la pelvis que varía de la velocidad y ritmo de la marcha del equino (impulso de andar de

		atrás hacia delante).
--	--	-----------------------

Fuente: Elaboración propia.

Este principio busca deducir y mecanizar el patrón fisiológico de la marcha, deshacer contracturas musculares, recuperar la flexibilidad y elasticidad de los ligamentos pélvicos y favorecer la estabilización del tronco y de la cabeza. El equino al marchar desencadena un impulso hacia delante, mientras tanto su dorso oscila en tres direcciones: longitudinal, vertical y horizontal generando una serie de estímulos multisensoriales (Cardo, 2011). A nivel psicoterapéutico el cinturón pélvico se considera el centro del motor del cuerpo por lo cual estimularlo induce a la liberación de emociones reprimidas y bloqueos psíquicos, restableciendo la vitalidad y el deseo de vivir (Gross, 2006).

#### **5.2.5. Beneficios otorgados por la equinoterapia**

La equinoterapia puede tener importante influencia en los elementos del movimiento, la postura y lo cognitivo, proyectándose como una técnica para los procesos de habilitación y/o rehabilitación.

López y Moreno (2015), hacen alusión a diversos y significativos

beneficios que se logran por medio de la equinoterapia, estos beneficios se ven reflejados en el control postural, la marcha humana, el tono muscular y efectos en el área cognitiva, social y emocional.

El control postural es la disposición del cuerpo de sostener una alineación precisa del centro de gravedad dentro del eje corporal, para que los segmentos del cuerpo y las articulaciones obren de forma óptima y global. En el caso de la hipoterapia busca contrarrestar los cambios a nivel de centro de gravedad mediante ajustes posturales precisos de manera de conservarlo constante, posibilitando un menor gasto de energía al realizar cualquier movimiento muscular. El paciente realiza adaptaciones musculares logrando a través de estas control postural (equilibrio y postura) mediante el movimiento constante del equino. Otra área beneficiada mediante la equinoterapia es la marcha humana, la cual se entiende como un conjunto de movimientos rítmicos y alternantes del tronco y las extremidades, lo que deriva en un desplazamiento hacia adelante del centro de gravedad. El paciente experimenta una serie de movimientos análogos durante la terapia, estos movimientos hacen posible el convertir la marcha en un patrón funcional por medio de la automatización, por otra parte el tono muscular se define como una tensión discreta de la musculatura en reposo aportando a una suave resistencia del desplazamiento

pasivo de un segmento corporal, la equinoterapia beneficia al tono muscular ayudando a la normalización del tono por medio del estímulo de co-contracción entre músculos agonistas y antagonistas, posibilitando la inervación recíproca durante el procedimiento de la monta, por último se pueden observar beneficios provocados por la equinoterapia tanto en los aspectos cognitivos, sociales y emocionales, la monta del equino provoca emociones, interacciones y procesos cognitivos en donde la motivación del jinete es el punto de partida. Desde el aspecto cognitivo es posible mencionar la focalización de la atención, estructuración de actividades de forma secuencial, seguimiento y acatamiento de órdenes, desensibilización a ciertos miedos o temores, imaginación, creatividad, respuestas lógicas, autocontrol, toma de decisiones, resolución de problemas, como algunos de los beneficios adquiridos por medio de esta terapia, por otra parte en el aspecto social cada paciente de forma particular adquiere gracias a la equinoterapia experiencias enriquecedoras, únicas y gratificantes como es la respuesta de interacción recíproca, la empatía, la inclusión, la responsabilidad, la posibilidad de comunicación, la aceptación de un rol y la implicación en las actividades que permiten que el paciente experimente la sensación de sentirse querido, comprendido y útil mediante su desempeño independiente o dependiente en la terapia (López & Moreno, 2015)

La equinoterapia es una actividad en la cual el paciente vive la experiencia al aire libre, a través de esta terapia no solo se beneficia el área física sino que también se favorece el área psicosocial, cognitiva y emocional, la monta del equino aporta a que los pacientes quebranten el aislamiento con el mundo que los rodea, esta terapia no es invasiva ni un sustituto de otro tratamiento, es complementaria y potencia nuevas capacidades.

#### **5.2.6. Los efectos de la Equinoterapia en el Trastorno del Espectro Autista**

Existen diversos artículos científicos que aluden al uso de la equinoterapia en niños y jóvenes que presentan trastornos del espectro autista (TEA), un estudio realizado por Bass, Duchowny & Llabre (2009) donde su muestra consistió en 22 niños de edades comprendidas entre los 7 y los 13 con trastorno del espectro autista durante 15 semanas. Esta investigación afirma que, se mejoraron las áreas de integración sensorial y atención dirigida, también se observó aumento de la motivación social, sensibilidad sensorial así como la disminución de la falta de atención y distracción, esto se explica por la alta interacción física y activa del paciente con el equino. La intervención de la equinoterapia es altamente estructurada lo que llama la atención de los niños

que presentan TEA, ya que es una característica de estos pacientes la poca flexibilidad en sus rutinas diarias. Como resultado la presente investigación afirma que la equitación terapéutica puede ser una intervención beneficiosa para los niños con trastornos del espectro autista, ya que los niños luego de una intervención de 12 semanas demostraron mayor búsqueda sensorial, sensibilidad sensorial, motivación sensorial y mayor atención. Otra investigación realizada por la escuela de medicina de la Washington, con una muestra de 6 niños de entre 5 a 12 años, que presentan TEA, arrojó como resultados una mejora en la estabilidad postural y en la comunicación receptiva, el caballo desafía continuamente la estabilidad de los participantes provocando mecanismos de posturas automáticos para lograr mayor estabilidad y dando base para desarrollar habilidades motoras más complejas además afirma que la equinoterapia es una estrategia de tratamiento útil para mejorar el control postural en niños con TEA y que la mejora del control postural tiene influencia positiva en los comportamientos de adaptación y participación, especialmente en la interacción social (Ajzenman, Standeven & Shurtleff, s.f.).

Hawkins, Ryan, Cory y Donaldson (2014) realizaron una investigación con 2 niños, una niña de 7 años y un niño de 11 años. En su investigación afirman que, la equinoterapia como tratamiento puede ser eficiente a corto

plazo (12 semanas, sesiones de 45 minutos), ya que se demostró a través de este estudio que mediante esta terapia se logra incrementar el funcionamiento de la motricidad gruesa de niños con TEA. Esta investigación al igual que la descrita anteriormente declara que por medio de la equinoterapia los niños con TEA lograron mejorar la estabilidad postural, la comunicación receptiva y aumento de la participación de las sesiones diarias, todo esto debido a la mejora del control postural arrojando como resultado el aumento en el rendimiento y la participación en las actividades cotidianas (Hawkins et al., 2014).

Es afirmado, por diversas investigaciones como las ya descritas, que la equinoterapia es beneficiosa como tratamiento complementario para niños y jóvenes que presentan TEA, no solo mejora el control postural y las habilidades motoras, un estudio titulado “Prospective Trial of Equine-assisted Activities in Autism Spectrum Disorder” manifiesta que, esta terapia produjo una mejora evidente del humor y el tono por medio de los paseos a caballo. El sólo hecho de inscribirse en el programa fue un logro porque, lo que ya evidencio que la participación en la terapia significaría una experiencia positiva para los pacientes y su familia. Los padres expresaron que las actividades de equinoterapia habían beneficiado a sus niños y mejoraron su calidad de vida,

además los padres declararon que pudieron observar en sus hijos gran entusiasmo previo a las sesiones, lo que evidenciaba que disfrutaban de la terapia (Kern et al., 2011).

La equinoterapia debe ser estimada como tratamiento complementario y al mismo tiempo alternativo a los tratamientos utilizados frecuentemente, un estudio realizado en el Centro Provincial de Equinoterapia de Ciego de Ávila en Cuba en donde se evaluaron 10 niños diagnosticados con TEA, de ambos sexos, con edades entre los 5 y 7 años, expuestos a sesiones 2 veces por semanas durante 1 hora por sesión, en donde se evaluó la relación del paciente con el caballo, la conducta con el equipo de rehabilitadores, comunicación, equilibrio, tono muscular, atención y los cambios conductuales descritos estos por los propios padres en reuniones bimensuales. Este tipo de terapia en donde la relación del equino con el paciente es vista como instrumento con el fin de apoyar a niños diagnosticados con TEA logra gran significancia para la psicología, ya que esta terapia no solo aporta a mejoras a nivel fisioterapéutico, sino que, además es un aporte en la mejoría de disfunciones psicomotoras, sensomotoras y sociomotoras. Delgado y Sánchez (2015) autores de este estudio experimental citan a Menéndez (2006) quien afirma que “a través la relación niño-caballo, aspectos como la autoestima y la confianza en sí mismo

también se ven favorecidos al vencer el miedo y tener logros importantes durante las sesiones terapéuticas” por lo que se considera a los caballos como terapeutas ya que a través del juego, la confianza y la amistad aportan al alivio tanto físico como psíquico. Los padres en las entrevistas bimensuales expresaron lo observado en las sesiones siendo estas observaciones positivas, ya que presentaron disminución en depresión, ansiedad, agresión e hiperactividad, considerando estos avances como progresos. “Los resultados alcanzados en este estudio fueron que la equinoterapia constituye una alternativa viable y eficaz para el manejo rehabilitador en niños con TEA” (Delgado & Sánchez, 2015),

Las diversas experiencias demostraron a través de la exposición de las vivencias y resultados obtenidos en los diversos estudios e investigaciones que, la participación en equinoterapia siempre será un aporte positivo a lograr mejoras en diversas áreas tanto motriz, emocional y comunicativa, es decir, se observaron mejoras en integración y sensibilidad sensorial, atención dirigida, un mayor control postural, mejoras en la adaptación y participación a rutinas sociales, además de una disminución en depresión, ansiedad, agresión llevando a esto a contribuir a una mejor calidad de vida.

## **CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO**

### **1. Paradigma de la investigación**

Esta investigación se basó en una perspectiva del paradigma cualitativo, puesto que dentro de éste, el investigador ve al escenario y a los actores como un todo y no como una variable, donde además se intenta capturar los datos sobre las percepciones de las personas desde dentro, por medio de un proceso de profunda atención y comprensión empática, dejando de lado las propias creencias, perspectivas y predisposiciones. En este tipo de investigación, el investigador conoce el campo que estudiará y se acerca al problema, reflexiones y supuestos. Es capaz de realizar una observación en contacto directo con la realidad (Rodríguez, 1999).

Según Taylor y Bogdan (como se citó en Rodríguez, 1999) la investigación cualitativa es la que produce datos descriptivos, ya que manifiesta las propias palabras de las personas, tanto habladas como escritas, y la conducta observable. Para esto se estudiaron las percepciones de padres y apoderados en un contexto natural como lo es el hogar interpretando los fenómenos sobre el desarrollo de alumnos con Trastornos del espectro autistas que asistieron o han asistido a musicoterapia y/o equinoterapia por un período de más de 6

meses y de acuerdo con los significados que tienen para las personas implicadas se extrajeron las conclusiones.

Se pretendió así dar cuenta de las cualidades que presentan las dimensiones intervenidas, ya sea que los alumnos hayan cambiado, como producto de su participación en las terapias o, por el contrario, las dimensiones que se buscó modificar permanezcan inalteradas desde el punto de vista de padres y apoderados.

## **2. Enfoque de investigación**

Dado que la información necesaria correspondió a la experiencia o vivencia que tuvieron los padres y apoderados sobre los resultados obtenidos al finalizar un proceso de musicoterapia y/o equinoterapia, es por esto que la fenomenología fue el enfoque más propicio de investigación, en virtud de que permitió abordar sistemáticamente la subjetividad (Rodríguez, 1999) y buscó conocer los significados que los actores dan a la experiencia de otros. En el presente estudio, el foco estuvo puesto en una percepción de segundo orden en términos de que la experiencia investigada tuvo que ver con el funcionamiento de un tercero, a saber, el alumno que participó de musicoterapia y/o equinoterapia.

Fue útil partir desde un foco más periférico, como es la percepción de los padres, para que en estudios posteriores, se logre abordar directamente la experiencia de los participantes que reciben diagnóstico de TEA.

Cabe señalar que existirá la posibilidad de que los alumnos no presenten interés en responder, ya que todos los diagnosticados con TEA presentan dificultades en el área social de mayor o menor magnitud, lo que entorpecería la comunicación entre el entrevistador con el entrevistado, pudiendo agregar incertidumbre al entrevistarlos a ellos directamente

### **3. Método investigativo**

Basándose en el objetivo de la investigación, esta se centró en el estudio de caso, que es un “método que implica la recogida y registro de datos sobre un caso o casos, y la preparación de un informe o una presentación del caso” (Stenhouse, como se citó en Rodríguez, 1999, p. 92).

Sabemos, además, que un caso puede ser una persona, una organización, un programa de enseñanza, una colección, un acontecimiento particular y, en el entorno educativo, un alumno, un profesor, una clase, un proyecto curricular, la práctica de un profesor, etc.

Como producto final en un estudio de caso se obtendrá una importante descripción del objeto de estudio, en la que se utilizan las técnicas narrativas y literarias para describir, producir imágenes y analizar situaciones.

Debido a que existe una multiplicidad de criterios que considerar dentro de la investigación, es que se ha considerado que son varios casos únicos los que se estudiarán, por lo que este diseño se basa en el de casos múltiples, ya que es más convincente y robusto (Yin, como se citó en Rodríguez, 1999)

#### **4. Participantes del estudio**

Se requiere de informantes que conozcan bien el problema estudiado, para que lleguen a ser colaboradores del investigador, proporcionando conocimiento del contexto en profundidad. Al referirnos a conocer en cabalidad el contexto, nos referimos a los informantes claves, que son personas respetadas y conocedoras de información relevante (Taylor & Bogdan, 1996).

Es por esto que se buscó interpretar la percepción frente a la participación de los alumnos en la musicoterapia y equinoterapia, como inciden en sus vidas, y los beneficios que puedan llegar a obtener en diferentes contextos, desde la percepción de sus padres, quienes fueron los sujetos

informantes que entregaron dicha información a través de las entrevistas.

Todos los sujetos que se investigaron, son apoderados de estudiantes sobre 12 años, pertenecientes a la Escuela Diferencial Aspaut de la comuna de Chiguayante.

**Los criterios de selección de los informantes clave son:**

<b>INFORMANTES CLAVES</b>	<b>CRITERIOS DE SELECCIÓN</b>
Padres/apoderados	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ser el padre o apoderado de algún alumno con TEA que posea más de 12 años y que esté participando por un período de 6 meses o más o haya participado en musicoterapia o equinoterapia.</li></ul>

Con relación a lo mencionado anteriormente, los informantes claves quedaron definidos de acuerdo a las reales posibilidades presentes en la investigación en cuanto a tiempo, accesibilidad dentro del establecimiento educacional, facilidad para llevar a cabo las entrevistas a padres y acceso a la información que se puede recolectar en general. Teniendo siempre presente

que si estaban incómodos con alguna pregunta, podían renunciar inmediatamente a la investigación. Todo avalado por medio de un consentimiento informado, firmado por parte de las alumnas investigadoras y los padres.

## **5. Técnicas de recolección de datos**

Recoger datos es reducir de modo intencionado y sistemático, por medio del empleo de nuestros sentidos o de un instrumento mediador, la realidad natural y compleja que pretendemos estudiar a un modelo que nos resulte más comprensible y fácil de tratar (Rodríguez, 1999). Por lo tanto es un proceso donde se estructuran en mayor o menor grado determinados hechos, fenómenos, etc.

En este caso el fenómeno estudiado se registró por medio de una entrevista en profundidad, en donde el entrevistador deseó obtener información sobre algún tema determinado, produciendo una lista de temas en relación a los que se centra la entrevista, pareciendo esencial llegar a tener el punto de vista de los participantes por medio de datos obtenidos en su propio lenguaje (Rodríguez, 1999 p168).

En este tipo de entrevistas no se busca contrastar una idea, creencias o supuestos, sino acercarse a las ideas, creencias y supuestos mantenidos por otros (Rodríguez, 1999).

Bajo este concepto, es que, se entrevistó a padres y/o apoderados de jóvenes con Trastorno del Espectro Autista que asisten o hayan asistido a musicoterapia y equinoterapia que sean alumnos de la Escuela Diferencial Aspaut, con el fin de conocer las percepciones que estos tienen sobre la efectividad de dichas terapias.

### **Confiabilidad y validez de la entrevista**

Para que una entrevista sea de calidad y validada, debe someterse a una integración cualitativa de plausibilidad, credibilidad y contrastabilidad (Díaz, 2009). Gracias a lo anterior la confiabilidad le dará la consistencia a los hallazgos y a la totalidad de la investigación.

Esta confiabilidad se consiguió mediante la participación de dos Jueces Expertos: Doctora Alejandra Nocetti de la Barra, Académico de la Universidad Católica de la Santísima Concepción, Profesora de Metodología de la investigación y Marianela Herrera Lara, Magister en Educación Diferencial mención Audición y lenguaje, Magister en Educación Diferencial mención

Necesidades Múltiples, Jefe de Gabinete en Escuela Diferencial Háblame de Amor.

### **5.1. Entrevista en profundidad**

Para este estudio se utilizó la técnica de entrevista en profundidad, donde se buscó obtener información sobre determinado problema, como músico y equinoterapia y sus efectos en jóvenes con Trastorno del Espectro Autista, a partir del cual se estableció una lista de temas en los que se centró la entrevista, quedando esta a libre discreción del entrevistador, quien pudo sondear motivos y razones, pero sin afirmarse de una estructura formalizada.

Esto quiere decir que “quienes preparan las entrevistas focalizadas no desean contrastar una teoría, un modelo o unos supuestos determinados como explicación de un problema. Poseen ideas más o menos fundadas y desean profundizarlas para encontrar explicaciones convincentes” (Rodríguez, 1999).

La entrevista en profundidad se suele identificar como entrevista informal, puesto que se puede realizar en las situaciones más diversas, ya sea mientras se ayuda al entrevistado con alguna tarea, en cafeterías o en el transcurso de cualquier acontecimiento. Por otro lado el entrevistador posee un rol flexible,

todo puede ser negociable, los entrevistados pueden elegir responder o no una pregunta, corregirla o responder de la forma que estimen conveniente.

A este tipo de entrevista se le conoce, también, como “conversaciones libres”, donde el investigador le va dando una secuencia al contenido, introduciendo nuevos elementos que ayuden al informante a comportarse como tal (Rodríguez, 1999).

Su preparación requiere de cierta experiencia, habilidad y tacto, para indagar en lo que se desea ser conocido y focalizar el interrogatorio hacia una información cada vez más precisa, por lo que a veces se necesita más de una entrevista para ello y ayudar al entrevistado sin sugerir sus respuestas a que se exprese y aclare (Rodríguez, 1999). Además de la entrevista a profundidad, existieron conversaciones más bien informales, no grabadas, pero que de alguna manera aportaron, permitiendo darle forma a los resultados y profundizar en ellos.

## **5.2. Descripción de las Dimensiones**

Para describir las cuatro dimensiones tomadas dentro de la entrevista, se recurrió al proceso general que vivió cada joven al participar en las terapias,

desde la toma de decisión de asistir a dichas terapias, hasta el momento actual, donde algunos jóvenes aun asistían a estas terapias y otros ya se encontraban egresados o no asistiendo.

Así, todas las preguntas realizadas, estuvieron relacionadas con cuatro dimensiones.

**Historia de elección:** Donde se relata la información que manejaban sobre las terapias en cuestión, hasta el qué les llevó a tomar dichas terapias.

**Primeras impresiones:** Cambios o procesos que se vivió mientras el joven asistía a la o las terapias.

**Percepción de cambios:** Hechos que ocurrieron finalizadas la o las terapias, ya sea positivos, negativos o permanezcan sin cambios.

**Apertura de posibilidades:** Opciones que se le presenten a los jóvenes después de realizadas las terapias, como posibilidades laborales, etc.

### **5.3. Desarrollo de la entrevista en profundidad**

Luego de desarrolladas las preguntas de la entrevista en profundidad y basándonos en las cuatro dimensiones establecidas, se pasó a realizar las sesiones de entrevistas a 4 apoderados de la Escuela Especial ASPAUT. Como

ya se mencionó, esta entrevista es del ámbito fenomenológico, ya que buscamos que a través del discurso de cada sujeto podamos extraer la apreciación que tuvieron sobre la experiencia de los jóvenes que asistieron a musicoterapia y equinoterapia.

La entrevista se concibe como una interacción social entre personas gracias a la que va a generarse una comunicación de significados: una persona va a intentar explicar su particular visión de un problema, la otra va a tratar de comprender o de interpretar esa explicación (Rodríguez, 1999)

Esta misma debe desarrollarse en un clima de confianza, pudiendo decir que es un proceso de entendimiento y confianza mutua entre entrevistador y entrevistado.

Para que ese clima de confianza ocurra se debe procurar mantener hablando al entrevistado, para que este perciba que se le escucha con atención y que lo que dice tiene sentido para el investigador.

El entrevistador debe ganar la confianza del informante a través de estrategias como repetir las explicaciones del informante o al menos utilizar sus propias palabras cuando se intente aludir un mismo concepto, apoyar lo que dice el entrevistado (Rodríguez, 1999)

Superados los primeros momentos, se busca que el clima sea de interacción natural entre las personas, vale decir que si en el seno de la conversación, el

informante habla sobre el mismo, no se debe abortar la situación, sino más bien aceptarla como natural, dejándolo hablar libremente sus ideas.

Según Rodríguez (1999), existen elementos importantes a considerar para la entrevista en profundidad:

- No emitir juicios sobre la persona entrevistada
- Permitir que la gente hable
- Realizar comprobaciones cruzadas, volviendo una y otra vez a lo que una persona ha dicho, para aclarar aspectos y comprobar la estabilidad de su opinión.
- Prestar atención.
- Ser sensible.

## **6. Bases de Análisis de Datos**

El análisis de datos es la tarea más atractiva dentro del proceso de investigación, dado que los datos recogidos por el investigador resultan insuficientes por sí mismos para arrojar luz acerca de los problemas o realidades estudiadas (Rodríguez, 1999).

Estos no son más que un material bruto con el cual el investigador realiza operaciones oportunas que le lleven a estructurar un conjunto de información

en un todo coherente y significativo. El análisis de datos es un conjunto de manipulaciones, transformaciones, operaciones, reflexiones, comprobaciones que realizamos sobre los datos con el fin de extraer significado relevante en relación a un problema de investigación. (Rodríguez, 1999 p 200).

De acuerdo con lo anterior, los procedimientos de análisis resultan singulares, ya que no existe un modo único y estandarizado de llevarlos a cabo, sin embargo es posible distinguir en la mayoría de los casos una serie de tareas u operaciones que constituyen el proceso de análisis básico, común a la mayor parte de ellos.

### **6.1. Reducción de Datos**

Dentro de un estudio cualitativo, un investigador recoge abundante información sobre la realidad en que se centra su trabajo, por lo que como primera instancia es necesario simplificar, resumir la selección de información para hacerla abarcable y manejable (Rodríguez, 1999).

Entre las tareas de reducción de datos cualitativos, posiblemente las más representativas y al mismo tiempo las más habituales sean las de

categorización y codificación. Incluso a veces se ha considerado que el análisis de datos cualitativos se caracteriza precisamente por apoyarse en este tipo de tareas (Rodríguez, 1999 p 205).

La reducción de datos también supone descartar o seleccionar para el análisis parte del material informativo recogido, teniendo en cuenta determinados criterios teóricos o prácticos. En momentos avanzados del análisis, nuevas reducciones pueden hacerse sobre resultados de tratamientos previos efectuados con los datos originales (Rodríguez, 1999 p. 206).

## **6.2. Separación en unidades**

Generalmente, el análisis de datos cualitativos comporta la segmentación en elementos singulares, especialmente cuando los datos son de tipo textual. En el conjunto global de datos pueden diferenciarse segmentos o unidades que resultan relevantes y significativas (Rodríguez, 1999).

Los criterios para dividir la información en unidades pueden ser muy diversos. A la vez podríamos encontrar tanto fragmentos de gran extensión como fragmentos reducidos que hablen de un mismo tema, resultando unidades que llegan a ser consideradas equivalentes en análisis ulteriores (Rodríguez, 1999 p.207).

Los criterios utilizados dentro de la presente investigación fueron:

**Criterios temáticos:** Según Rodríguez (1999), es más frecuente, y posiblemente más interesante que el uso de criterios físicos como los espaciales y temporales, considerar unidades en función del tema abordado. Considerando conversaciones, sucesos, actividades que ocurren en la situación estudiada es posible encontrar segmentos que hablan de un mismo tema.

Posteriormente, las unidades de datos se identifican y clasifican a través de la categorización y codificación, determinando componentes temáticos que nos permitan clasificarlas en una u otra categoría de contenido.

La categorización, según Rodríguez (1999) hace posible clasificar conceptualmente las unidades que son cubiertas por un mismo tópico, soportan un significado, se refieren a situaciones y contextos, actividades y acontecimientos, relaciones entre personas, comportamientos, etc. Es una tarea simultánea a la separación en unidades cuando ésta se realiza atendiendo a criterios temáticos.

La codificación, para Rodríguez (1999) no es más que la operación concreta por la que se asigna a cada unidad un indicativo o código propio de la categoría en la que la consideramos incluida.

Los códigos, consisten por tanto en marcas que añadimos a las unidades de datos, para indicar la categoría a la que pertenecen. Estas marcas pueden tener un carácter numérico, utilizar palabras o abreviaturas de palabras con las que se han etiquetado a las categorías (Rodríguez, 1999).

Categorización y codificación son, por tanto, actividades que giran en torno a una operación fundamental: la decisión sobre la asociación de cada unidad a una determinada categoría. Una categoría queda definida por un constructo mental al que el contenido de cada unidad puede ser comparado, de modo que pueda determinarse su pertenencia o no a esa categoría (Rodríguez, 1999 p.208).

Una cuestión importante en la categorización de los datos es establecer las categorías a emplear. Cuando las categorías utilizadas en un estudio se establecen a priori, las fuentes habituales son el marco teórico y conceptual de la investigación, las cuestiones o hipótesis que la guían (Rodríguez, 1999 pp. 209-210).

En este caso, en esta investigación utilizamos categorías apriorísticas (principales), es decir, construidas antes del proceso recopilatorio de la información, además de lo anterior como un modo de recaudar la subjetividad y los significados espontáneos que produjeron los sujetos, se estableció un

apartado diferenciado de esta categoría, llamada categoría emergente, que surgió desde el levantamiento de referenciales significativos a partir de la propia indagación (Elliot, 1990).

### **6.3. Disposición y transformación de datos**

Para poder extraer conclusiones a través de los datos cualitativos, es preciso presentarlos o disponerlos de algún modo ordenado. Una disposición es un conjunto organizado de información, presentada en alguna forma especial ordenada, abarcable y operativa de cara a resolver las cuestiones de investigación (Rodríguez, 1999).

Si la disposición de datos conlleva además un cambio en el lenguaje utilizado para expresarlos, hablamos de transformación de los datos. Dentro del análisis de datos cualitativos existen diferentes formas de disposición y transformación de datos, los que facilitarán el examen y la comprensión de los datos, condicionando posteriores decisiones en el proceso de análisis, permitiendo extraer conclusiones (Rodríguez, 1999 pp.212-213).

Dentro de la presente investigación se recurrió a la utilización de matrices, que consistieron en tablas de doble entrada, en cuyas celdas se aloja

una breve información verbal, de acuerdo con los aspectos especificados por filas y columnas.

Este proceso de disposición de datos es frecuente construirlo para sintetizar los fragmentos codificados en una misma categoría (columna) para diferentes sujetos, situaciones, casos, etc. (filas) (Rodríguez, 1999).

#### **6.4. Obtención de resultados y conclusiones**

Dentro de una investigación y en relación a los objetivos particulares de esta, un importante grupo de actividades constituyentes e los procesos de análisis se dirige a la obtención de resultados y conclusiones. Llegar a una conclusión implicaría, ensamblar de nuevo los elementos diferenciados en el proceso analítico para reconstruir un todo estructurado y significativo (Rodríguez, 1999).

Bajo la denominación de conclusiones aparecen generalmente los resultados, los productos de la investigación y la interpretación que hacemos de los mismos.

Según Van Maanen (como se citó en Rodríguez, 1999) las conclusiones son conceptos de segundo orden, pues se construyen a partir de los datos, o

conceptos de primer orden, es decir, a partir de las propiedades estudiadas en el campo y las interpretaciones que hacen los propios participantes.

Por tanto, las conclusiones son afirmaciones, proposiciones donde se recogen los conocimientos alcanzados por el investigador en relación al problema estudiado.

Sin duda, una de las principales herramientas intelectuales en el proceso de obtención de conclusiones es la comparación, puesto que permite destacar las semejanzas y diferencias entre las unidades incluidas en una categoría y hace posible la formulación de sus propiedades fundamentales, a partir de las cuales puede llegarse a una definición de esa categoría (Fielding y Fielding, como se citó en Rodríguez, 1999).

La comparación constituye la principal vía que facilita llegar a extraer conclusiones a partir de las matrices, ya que se puede realizar comparaciones entre distintos casos, como lo son las percepciones de los padres y apoderados de alumnos con TEA sobre la participación de sus hijos en musicoterapia y/o equinoterapia.

Según Goetz y LeCompte (como se citó en Rodríguez, 1999) algunas estrategias para la interpretación de los resultados y su integración en marcos más amplios serían: consolidación teórica, aplicación de otras teorías, uso de metáforas y analogías, y síntesis de los resultados con los obtenidos por otros

investigadores.

Según Rodríguez (1999) el proceso para la obtención de resultados en un estudio de casos que ha permitido integrar y contrastar toda la información disponible para construir una visión global, exhaustiva y detallada es la triangulación.

## **7. Triangulación**

El estudio de casos constituye una perspectiva completa o diseño para la recogida, organización y análisis de la información, así como un modelo de presentación o informe de resultados que se corroboran a través de la triangulación (Rodríguez, 1999).

Según Rodríguez (1999) existen tres tipos de triangulación:

- Triangulación metodológica
- Triangulación temporal o de momentos
- Triangulación de informantes y sujetos.

Dentro del estudio se requirió de la utilización de la triangulación de informantes y sujetos, que consistió en conocer y contrastar los múltiples puntos

de vista que se conjugan en una misma circunstancia, constituye una práctica recomendable y esencial si se pretende aproximarse a un entendimiento profundo de la realidad que permita interpretaciones justificadas (Rodríguez, 1999).

Este tipo de triangulación se ha realizado a dos niveles, de los cuales sólo se utilizará el primer nivel, el que se refiere al análisis triangular de perspectivas, opiniones y juicios ofrecidos por los principales núcleos de información implicados (Rodríguez, 1999).

## **CAPÍTULO IV: RESULTADOS**

### **1. Análisis**

#### **1.1. Escenario de la investigación**

El trabajo de campo se llevó a cabo en la comuna de Chiguayante, las entrevistas fueron realizadas en el trabajo y domicilio particular de los informantes con hijos diagnosticados con TEA, los cuales fueron contactados a través de la Sra. Karina Sanhueza Silva, Directora de la escuela diferencial ASPAUT. Estas familias en su mayoría son de estrato socioeconómico medio bajo.

#### **1.2. Informe de hallazgos**

En el presente apartado se dio a conocer una síntesis de los resultados, producto de los datos recogidos en la entrevista en profundidad. Esta información se presentó por objetivo y categoría, según la técnica utilizada.

### Descripción categorías primarias

Categorías primarias			
Categoría 1	Historia de la Elección	HE	Relato de información manejada sobre dichas terapias y elección de estas.
Categoría 2	Primeras impresiones	PI	Percepciones de primeros cambios percibidos durante la asistencia a sesiones de dichas terapias.
Categoría 3	Percepción de cambios	PC	Relato de hechos ocurridos al finalizar la/las terapias ya sea positivos o negativos.
Categoría 4	Apertura de posibilidades	AP	Opiniones sobre las opciones que se presentan a sus hijos después de realizar alguna terapia.

### Interpretación y triangulación de los datos

Codificación de informantes			
Informantes	código	sexo	Edad hijo
I1	G.G	M	22
I2	V.G	F	23

I3	G.F	F	12
I4	P.V	F	18

**Tabla IV-1: Entrevista- HE**

Objetivo Específico 1 – Analizar motivos de los padres sobre la historia de la elección de las terapias a las que asistieron sus hijos.
Categoría 1 – Historia de la Elección (HE)
<p>G.G:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-“A veces se acercan personas ofreciéndolas, otras veces uno recibe información por internet o por otros papás y se pasan los datos”</li> <li>“Cada terapeuta ofrece dentro de su trabajo beneficios que son asociados a sus terapias, uno tiene que ver hasta donde eso resulta con el niño por una parte y por otra parte ver cuál es la respuesta de él hacia la terapia”</li> <li>- “Llegaba la información y conversábamos los papás y decidíamos si meterlo o no, porque estas cosas normalmente tienen costos altos, entonces igual hay que pensar en eso”</li> <li>-“Solamente la parte eee logística era la complicada, que de repente quien lo podía llevar, si teníamos el tiempo o si el mismo tenía el tiempo eee si lo podíamos pagar, si es serio, esas cosas había que evaluar, pero si todo era positivo , lo metíamos no más”</li> </ul> <p>V.G:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “A uno le pregunta si quiere que participe po, a él le encanta participar”</li> <li>- “Uno asume que le va a tocar ese taller, ahora me imagino que las profesora de mm... detectara este caso la habilidades que tiene cada niño y dirán, no se po, le corresponde esto”</li> <li>- “Como que ahí uno no tiene mucha opción de elegir lo que le gustaría que participara su hijo”</li> <li>- “A mí no me han preguntado nunca si va a participar en este taller tal, tal , si no , ya listo , eso”</li> <li>- “A él le encanta ir al colegio, entonces cualquier cosa que pa’ él lo beneficie, que yo sé que trae muchos beneficios de este tema de las terapias</li> </ul>

complementarias, yo feliz digo que sí”

- “Tampoco me parece mal que ellos lo elijan porque ellos conocen a los niños y en cualquiera de los dos casos, siempre son beneficio, beneficio para ellos de todas maneras”

-“Me imagino que, que es como una actividad del colegio, está dentro de la rutina de él”

G.F:

-“Pero musicoterapia no tenía mucha información y después cuando apareció esa terapia nueva me intereso y puse al Esteban.”

- “A mi hijo le gusta la música”

- “Se dio la oportunidad de musicoterapia... ya, puede que de algo le sirva”

- “Es que a mi terapia que me dicen que lleve al Esteban yo lo llevo porque me gusta que mi hijo avance”

- “Para que él vaya avanzando, para que vaya desarrollando su personalidad porque él es muy retraído”

P.V:

-“Esas son las que daban en ASPAUT, son las terapias que son complementarias”

-“Trabaja un equipo multidisciplinario a él lo evalúan y te dicen que tienes que hacer tu cachai y entonces que van a hacer con ellos y ahí te informan que hay estos talleres, que podría participar”

-“Yo creo que si ellos lo dicen, es porque es lo mejor para ellos, tampoco es tan arbitrario yo creo que también hay un estudio serio ahí, entonces uno tiene que hacerlo porque uno tiene que confiar en los profesionales”

-“La ofrecieron”

- “Es porque la ofrecieron, si yo viera que le hiciera daño no la tomaría pero como está ahí y sé que le va a hacer bien...”

-“Si tuviera otros recursos y pudiera llevarlo a otros lados yo lo llevaría”

## **Resumen Sumario “Historia de la Elección”**

En cuanto a Historia de la Elección las frases anteriores dejaron en evidencia que los padres escogen las terapias que ofrecen las diversas

instituciones donde asisten sus hijos, informándose también mediante la comunicación entre padres. Analizan la motivación y la respuesta de los jóvenes hacia las terapias y tener claridad de que ofrece cada una. La disposición del tiempo, la organización familiar es otro punto que los padres perciben como un motivo influyente al momento de resolver la participación. El respaldo de los profesores en cuanto a la proposición de ciertas terapias y talleres es visto de forma positiva ya que los padres confían en que los profesionales mediante sus conocimientos sugieren actividades adecuadas y provechosas que irán en beneficio de sus hijos, se percibe que se debería preguntar antes si se está de acuerdo. En todos los casos se aprovechan las instancias de terapias, siempre se analiza la disposición de los jóvenes a participar percibiendo como positiva la experiencia. Además, el costo que implica el que sus hijos participen de una terapia también es un punto que influye al momento de decidir. Si los padres contaran con mayores recursos accederían a diversas terapias.

**Tabla IV-2: Entrevista- PI**

Objetivo Especifico 2 – Conocer las primeras impresiones de los padres con respecto a la participación de sus hijos en terapias.
--

## Categoría 2 – Primeras Impresiones (PI)

G.G:

- “La musicoterapia yo diría que para él fue entretenido no más”
- “Yo solamente puedo darme cuenta de, por ejemplo en el caso de la equinoterapia, que a él le gusta porque el mismo lo manifiesta”
- “Que efecto concreto en su comportamiento, en su aprendizaje ha tenido, yo no sabría decirte si es a propósito de la equinoterapia, a propósito de la vida escolar, de la vida familiar, o de las cosas que hacemos nosotros o de otra terapia”
- “Cuando ya hay una compenetración entre el terapeuta y el, yo diría que ahí ya el acepta la terapia y le gusta, más que por la terapia misma, porque el siempre asocia la terapia al terapeuta”
- “Si el profesor o uno de los profesionales no logra afinidad con el niño no va a lograr nada”.
- “El terapeuta es fundamental”
- “Una persona que tiene medios súper restringidos pero que tiene un ángel o un carisma especial va a lograr mucho más”
- “Cuando hay algo que realmente llame la atención y lo pide y le gusta para mí eso ya es porque la terapia resulta”
- “A él le gusta más la equinoterapia, tiene mucha más afinidad con los caballos que con la música”
- “A él le gustaba mucho ella, la terapeuta... ella logro que hiciera algunos ejercicios de teclado por ejemplo y a él le gustaba, le gustaba eso”
- “No sé qué le produce físicamente a él el hecho de estar arriba del caballo y hacer los ejercicios, pero yo veo que sale contento y eso antes de la equinoterapia no estaba”

V.G:

- “Que se visualice tan claramente, no, pero lo que sí que en los comentarios que hacían por ejemplo los informes finales, recuerdo que escribían eso, que se relajaba con la música, se relajaba bastante con la música”.
- “Si no hubiera estado con medicamento y solo con esa terapia, yo podría comparar”

G.F:

- “Bueno el enfoque fue que le dirá más seguridad”
- “Con la tía era un enganche que tenían los dos y se entendían súper bien, eso mismo le dio más seguridad”

- “Él iba y hacia lo que él quería hacer”

P.V:

- “Él ha ido aceptando diferentes ruidos”

- “Creo que una serie de cosas gatillan un cambio”

- “No me doy cuenta de inmediato, es porque no hubo un cambio inmediato”

### **Resumen Sumario “Primeras Impresiones”**

En cuanto a Primeras Impresiones, las frases anteriores develaron que los padres no logran percibir de forma inmediata algún tipo de cambio en sus hijos ya sea positivo o negativo. Además, perciben de diversas maneras las distintas terapias, todo depende de las características individuales arraigadas al trastorno de sus hijos. Para algunos, la terapia simplemente significo diversión ya que no fue posible medir en el tiempo los primeros avances en las sesiones de las terapias. Otra percepción destacable es la del rol del terapeuta ya que los dichos anteriores develan que es fundamental para determinar cómo funcionará el proceso de la terapia.

### **Tabla IV-3: Entrevista- PC**

Objetivo Especifico 3 – Develar los cambios percibidos por los padres al finalizar las terapias

### Categoría 3 – Percepción de Cambios (PC)

G.G:

- “Yo no he visto que le haga gran falta tener la terapia o no eee diferente es por ejemplo la equinoterapia que para él es mucho más , lo tiene mucho más arraigado”
- “Entonces de repente tú ves algunos cambios y no sabes de donde vienen, cual es el responsable de que se haya producido un cambio, algún bienestar en especial, lo mínimo que se logra es la sociabilización y el bienestar anímico de ellos que también es bien importante”
- “Veo que sale contento y eso antes de la equinoterapia no estaba”
- “Lo que yo he visto que se mantiene es el interés, el gusto por asistir”

V.G:

- “No fíjate que no , no podría decir que ha habido un cambio , quizás a lo mejor no lo noté”
- “Entonces no sé si producirá algún cambio o al menos si hubiera, me hubieran anticipado que tipo de cambios podría yo observar, sería mucho más claro, pero no tengo nada de esa información”
- “No he notado muchas diferencias en la conducta del Héctor”
- “Como así ahora ya te pudiera asegurar que hubo un cambio, sería difícil, porque no lo estoy viendo”

G.F:

- “Si, al Esteban le ha dado más seguridad”
- “De repente dice “hola”, saluda sin que uno le diga y participa más, es poco pero participa más”.
- “Él no se da con mucha gente pero con algunas personas si se ha acercado”
- “Es que el esteban ahora demuestra más por ejemplo cuando está enojado, cuando está feliz”
- “Ahora no si él está enojado él dice por qué antes no”
- “Si demuestra más los sentimientos.”
- “Si cambio un poco, está más sociable se puede decir”
- “No sabía demostrar sus emociones entonces ahora al demostrarlas el anda como más tranquilo”
- “Antes veía una escalera y la subía gateando, ahora no la sube y la baja casi corriendo, le dio seguridad así en el cuerpo”
- “Bueno el gusto por la música, eso nadie se lo va a quitar, y lo social, lo social ha ido aumentando”

- “Está compartiendo más, por ejemplo con unos primos ahora”
- “Es que se notan los avances, por ejemplo a equino terapia, fueron 3 meses, pero la seguridad física que él obtuvo, fue grande, grande, grande, si hubiera estado participando un año, mucho más po, y en musicoterapia participo un año y algo me parece, y también po, en lo social le ayudo mucho”

P.V:

- “Ahí yo noto que igual acepta más cosas, si la sensibilidad se le va haciendo”
- “ Yo creo que igual es más sociable, le gusta la música, tiene sus gustos”
- “Por lo menos él se relaciona, y él entiende más o menos de que se trata su entorno, igual se conecta...”
- “Ha sido mucho la independencia”
- “Yo ahora empecé a pensar, ahora en este instante que el alejo, claro escucha música, tiene mayor aceptación a los... antes no , porque antes no quería, apagaba la m ... no dejaba”

### **Resumen Sumario “Percepción de Cambios”**

Con respecto a Percepción de Cambios, los dichos anteriores permitieron entrever que los padres perciben de diversas maneras los cambios demostrados por sus hijos, todo depende del espectro de intereses que cada joven presente, para algunos fue mucho más significativo la equinoterapia, para otros la musicoterapia y otros simplemente no pueden decir con certeza que los cambios son debidos a algo en particular, lo que sí, se concuerda en que son varias las cosas que gatillan un cambio, es decir, los factores de un cambio son diversos, influyendo de manera positiva las terapias pero no siempre siendo evidente qué tanta influencia pudieren tener. Las terapias complementarias son

vistas de manera positiva y como un aporte a la sociabilización, al buen humor, al expresar sentimientos y emociones y a sentir mayor seguridad.

**Tabla IV- 4: Entrevista- AP**

Objetivo Especifico 4 – Conocer la apertura de posibilidades que dan las terapias según la percepción de los padres
Categoría 4 – Apertura de posibilidades (AP)
G.G: - “Todas las experiencias entregan posibilidades de ampliar las perspectivas de una mejor calidad de vida así que entre más terapias y más experiencias diversas tengan mucho mejor va a ser el pronóstico, a no ser que las rechacen en ese caso ya habría que suspender pero si no las rechaza y le gusta”
V.G: - “Yo creo que sí, porque ya lo estas sacando de un, en este caso de los niños autistas o que tengan trastornos, sacándolos de un lugar que ellos están acostumbrados”
G.F: - “Yo he visto desde niños que se comunican cero, hasta aprender a comunicarse, bueno, hay algunos que no tienen lenguaje, pero por último con señas con, con cariño, no se po, ahí ellos aprenden a demostrarlo” - “Que se atrevan a probar cosas distintas que, de repente uno por miedo no lo hace”
P.V: - “Si, yo creo que si po, un oficio po, son las puertas a un oficio, claro” - “En el ámbito social igual, porque igual establecen relaciones con otras personas, no sé, si, con los mismos compañeros, con otras profesoras, si po depende donde lo vayan hacer”

## Resumen Sumario “Apertura de Posibilidades”

A través de las frases anteriores expuestas en la categoría Apertura de Posibilidades, se pudo evidenciar que son variadas las expectativas que se aprecian en cada caso. Todos percibieron que las terapias complementarias aportan a la apertura de posibilidades, pero estas posibilidades varían de manera evidente dependiendo de la realidad de cada joven, del trastorno que presentan y de los intereses que demuestran. La sociabilización, el atreverse a realizar distintas actividades, la apertura a comunicarse y el generar mayor independencia son algunos de los aspectos en los que se percibe por parte de los padres una posibilidad a futuro para sus hijos, considerando las terapias complementarias como una contribuyente a mejorar la calidad de vida.

### Descripción Categorías Emergentes

Categorías Emergentes			
Categoría Emergente 1	Información Apriorística	IA	Impresiones sobre la información previa que manejaban los padres antes de conocer dichas terapias.
Categoría Emergente 2	Expectativa de Logros a Conseguir	ELC	Percepciones de padres de las expectativas que pueden alcanzar sus hijos al participar en alguna terapia.

Categoría Emergente 3	Rol del Terapeuta	RT	Impresiones sobre el rol del terapeuta que imparte las o la terapia.
-----------------------	-------------------	----	--

**Tabla IV- 5: Entrevista- IA**

Objetivo Especifico – Identificar la Información apriorística que manejaban los padres/tutores.
Categoría Emergente 1 - Información Apriorística (IA)
<p>G.G:  - “A veces se acercan personas ofreciéndolas, otras veces uno recibe información por internet o por otros papás y se pasan los datos”</p> <p>V.G:  - “Al escuchar la palabra complementaria, yo entiendo a qué se refiere a algo que es anexo a las actividades académicas del colegio”  - “Terapias para los niños con rasgos del espectro autista, podría ser eill... tema de lo la equino terapia la de los caballos , bueno Héctor nunca ha participado pero yo sé que hay, hay, ese tipo de taller, ehhe lo otro que escuchado yo también esta cosa de natación también”  - “La equino terapia, yo he escuchado mucho que le hace bastante bien a los niños, lo relaja bastante, pero tampoco nunca tuvimos el tiempo, ni el acceso pa ese tipo de terapias”</p> <p>G.F:  - “En cuanto a terapia yo siempre maneje lo que era fonoaudiología, psicopedagogía, kinesiología, pero musicoterapia no tenía mucha información y después cuando apareció esa terapia nueva me intereso y puse al Esteban”</p> <p>P.V:  - “Había escuchado de arteterapia yo, arteterapia y musicoterapia igual la había escuchado, si porque cuando uno, cuando uno tiene un hijo con</p>

problemas y empieza ya a escolarizarlo de muy chico uno empieza a saber que existen estas cosas, la equinoterapia, la arteterapia y el aguaterapia parece que se llama, no se eso dónde van”  
- “Porque entre las mamitas nos empezamos a hablar, empezamos a comunicarnos y seguramente yo debo haber buscado también información sí, porque igual me eh documentado de otras cosas”

### **Resumen Sumario “Información Apriorística”**

En cuanto a Información Apriorística los dichos anteriores respaldaron esta categoría aludiendo a que todos los padres tenían algún conocimiento previo sobre terapias complementarias antes de que se diera la oportunidad de que sus hijos asistieran a alguna, conociendo de qué trataban y en algunos casos solo los nombres sin contar con más información. Los comentarios que habían escuchado sobre terapias habían sido positivos pero se reconoce también en esta categoría que no se accedió a ciertas terapias debido al costo económico que estas traen consigo. También se evidencia la falta de información debido al reciente auge de las terapias complementarias.

### **Tabla IV- 6: Entrevista- ELC**

Objetivo Específico – Expectativa de los padres sobre los logros que ellos esperan que sus hijos obtengan en el futuro.

## Categoría Emergente 2 – Expectativa de Logros a Conseguir (ELC)

G.G:

- “He buscado principalmente ehhe conseguir con eso ehhe un interés particular de él, de manera que le haga sentir un bienestar”
- “Ampliar el abanico de posibilidades que él tiene”
- “Nunca he buscado mejorarlo ni sanarlo, ni cosas así simplemente hacerlo sentirse bien”
- “Lo que uno haga con ellos, siempre va en la misma dirección que es lograr que tengan mayor lenguaje, no tanto lenguaje sino que mayor capacidad de comunicación y mejor comportamiento”

V.G:

- “Idealmente eso, suprimir el medicamento, que él no estuviera tan nervioso y que pudiera relajarse un poco más”
- “Me interesaría que el tema del control de los impulsos, él estar más relajado, eso , del tema de la agresividad, controlar un poco eso”

G.F:

- “Para que él vaya avanzando, para que vaya desarrollando su personalidad porque él es muy retraído”

P.V:

- “Quería que como él estuviera en paz , eso como que me gustaría”
- “El alejo por su problema que tiene, necesita socializar, necesita aprender a manejar , manejar nuevas áreas”

### **Resumen Sumario “Expectativa de Logros a Conseguir”**

Con respecto a Expectativa de Logros a Conseguir, las frases antes mencionadas evidenciaron que todos los padres tienen expectativas diferentes, mientras que para algunos lo principal es simplemente que sus hijos logren sentir bienestar o estén más relajados para otros es que puedan desarrollar

mayor capacidad de comunicación y comportamiento, controlando su agresividad y sociabilizando. Un tema importante también es lograr que no se dependa de medicamentos y que se logre establecer un “estado de paz” al mismo tiempo que se logra sociabilizar y potenciar el desarrollo de su personalidad.

**Tabla IV- 7: Entrevista- RT**

Objetivo Específico – Expectativa de los padres sobre el desempeño del terapeuta.
Categoría Emergente 2 – Rol del Terapeuta (RT)
<p>G.G:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-“ cuando ya hay una compenetración entre el terapeuta y el, yo diría que ahí ya el acepta la terapia y le gusta”</li> <li>-“ a veces el tío Guillermo no está y se enoja y lo hace otra persona, igual lo hace bien pero reclama por que el tío Guillermo no está”</li> <li>-“ la relación que se forma entre el niño y el terapeuta, es fundamental para que la terapia funcione”</li> <li>-“si el profesor o uno de los profesionales no logra afinidad con el niño no va a lograr nada, por muy capo que pueda ser el profesional”</li> <li>-“el terapeuta es fundamental, puede tener un terapeuta que sea doctor en no sé, en musicoterapia y si el gallo es un gallo frio que no logra establecer un contacto, una afinidad con el paciente de nada va a servir su terapia”.</li> <li>“una persona que tiene medios súper restringidos pero que tiene un ángel o un carisma especial va a lograr mucho más”</li> <li>“A él le gustaba mucho ella, la terapeuta... ella logro que hiciera algunos ejercicios de teclado por ejemplo y a él le gustaba, le gustaba eso”</li> </ul> <p>G.F:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “con la tía era un enganche que tenían los dos y se entendían súper bien”</li> <li>- “le dio más seguridad y ella le decía “Esteban ¿qué quieres hacer, quieres</li> </ul>

cantar, quieres tocar un instrumento?”, le dio a elegir lo que él quería”  
- “con estos niños el que no tiene fiato no hay caso, no se puede trabajar”  
- “al último eran íntimos amigos”.

## **Resumen Sumario “Rol del Terapeuta”**

Con respecto a Rol del Terapeuta, se observó que, los padres entrevistados atribuyen importancia al desempeño que tenga el terapeuta que imparte la terapia, destacan el hecho que el profesional logre establecer una relación afectiva con el joven, que demuestre interés en los gustos personales de sus hijos, debido a esto se verán los avances o fracasos de las terapias, ya que afirman que profesional que no tenga afinidad con los pacientes, por más estudios que pueda tener, no servirá de nada su terapia.

## **2. Teorización**

La presente investigación, tuvo como objetivo general develar las percepciones de padres de jóvenes diagnosticados con Trastornos del Espectro Autista, que han asistido a musicoterapia y equinoterapia en la comuna de Chiguayante.

Para ello, las investigadoras, llevaron a cabo la aplicación de una entrevista en profundidad, aplicada en forma individual a cuatro apoderados,

mediante las cuales se pretendió recabar las percepciones de los padres sobre el proceso vivido por sus hijos antes, durante y después de las sesiones de musicoterapia y equinoterapia para llevar a cabo el análisis de estas.

La pregunta para esta investigación fue: ¿Cuáles son las percepciones de padres de jóvenes diagnosticados con Trastornos del Espectro Autista que han asistido a musicoterapia y equinoterapia?

## **2.1. Específicas**

Con respecto, al primer objetivo específico “analizar motivos de los padres sobre la historia de la elección de las terapias a las que asistieron sus hijos”, se pudo inferir que, los padres establecen entre sí redes de apoyo, comparten información sobre terapias, centros y la efectividad de estos. También una forma de informarse es, a través de internet o la casa de la discapacidad; esta entrega información y orienta a los padres sobre algunas alternativas terapéuticas a las cuales pueden acceder. Aquí se hace presente la ausencia de un canal oficial de información, al cual los padres puedan recurrir; esta ausencia, los padres la perciben como, una falencia del sistema de salud, ya que al momento de recibir el diagnóstico de sus hijos evidenciaron la falta de

conocimiento e información que se entregaba por parte de los profesionales de la salud a la familia, teniendo cada padre que buscar de forma particular, la forma de instruirse y recurrir a alternativas tanto de escolarización como de terapias o talleres complementarios, y que tengan un impacto en los avances que su hijo pueda adquirir a futuro. Se percibe además, un interés por lo novedoso, ganas de experimentar con las terapias, ya que se tiene una impresión positiva y se confía que será una buena experiencia para mejorar la calidad de vida de sus hijos.

Al momento de decidir, sobre la participación de su hijo en una terapia, la institución educativa a la que asisten, es la que ofrece esta alternativa en su malla curricular, además siendo el colegio quien toma la decisión de si su hijo debe participar, y aceptan esta decisión, basados en la confianza que ellos depositan en los profesionales que guían y educan a su hijo dentro del establecimiento escolar; de cierta forma se delega la decisión, basados en que los profesores conocen lo suficiente a sus hijos y cuentan con los conocimientos necesarios e indispensables para recomendar el uso de estas terapias. Se debe destacar que no es tomado como arbitrario, pero si, como una imposición con fines positivos, ya que, no en todas las ocasiones se les preguntó previo a la participación de terapias, sobre si deseaban la asistencia

de sus hijos a cierta terapia o taller, sino que simplemente percibieron una imposición a cierta terapia dentro de la rutina escolar, lo cual no generó un rechazo de los padres, debido a que las terapias son calificadas como beneficiosas, teniendo claridad los padres de que, si por algún motivo, la asistencia a la terapia generaba algún malestar en su hijo, simplemente se tomaría la decisión de abandonar las sesiones, considerándose en todo momento la actitud del joven frente al impacto que podrían generar las terapias a su bienestar emocional, lo que se puede traducir en la motivación intrínseca que muestran los jóvenes y la lectura que hacen los padres sobre esto, considerando los factores de disposición, motivación y de personalidad que conllevan a su actitud participativa y motivada frente a cierta o ciertas terapias, dependiendo siempre del abanico de intereses de cada joven diagnosticado con TEA, evaluando constantemente la adherencia y efectividad de las terapias.

Por otra parte, el costo económico que genera la búsqueda, acceso y mantenimiento de terapias complementarias de forma particular, es un motivo que llega a justificar de cierta manera, la aceptación de la imposición de las terapias complementarias ofrecidas por el establecimiento educacional, en este caso de ASPAUT. También, se requiere de cierta organización familiar, para organizar la disponibilidad de tiempos de los integrantes del grupo familiar,

mediando y decidiendo quien puede acompañar, en caso de que sea necesario, la asistencia a la o las terapias de sus hijos. Es posible deducir que, no es una decisión simple de tomar, sino que son múltiples los puntos a analizar para decidir y opinar sobre la participación de sus hijos a terapias complementarias, se aprovechan las oportunidades de terapias que se ofrecen, sobre todo si son gratuitas y si responden a los intereses intrínsecos de cada joven.

El segundo objetivo específico “conocer las primeras impresiones de los padres con respecto a la participación de sus hijos en terapias”, se logró especular, mediante la conclusión de los resultados, que las impresiones que perciben en primera instancia, son en base a la actitud de los jóvenes y en eso infieren que tanto les gusta la terapia a la cual están asistiendo. Algunos percibieron que generaba entretenimiento, lo cual se puede traducir en que, la experiencia del asistir a las sesiones de la terapia, es positiva, en algunos casos, manifestando los mismos jóvenes su gusto por la terapia, esto percibido por los padres a través de actitudes positivas y en algunos casos verbalizados por parte de sus hijos. También, se aclara que no siempre la actitud positiva frente a la asistencia de la experiencia de terapia, es debida solo a la misma, sino que, también influyen otros factores, además cabe destacar que es posible evidenciar y medir avances significativos referidos a la tolerancia ante estímulos

auditivos por parte de los jóvenes diagnosticados con TEA, que participaron en musicoterapia. El terapeuta cumple un rol fundamental, otorgándole los padres, incluso ser el motivo por el cual los jóvenes gustan de la terapia; se manifiesta en la asociación permanente de la presencia del profesional a la terapia, es tan fundamental la impresión que genera el terapeuta, que la afinidad que logre con el joven, determinara el nivel de entusiasmo a participar de estos a la terapia. El que los jóvenes, pidan la asistencia a la terapia y muestren interés por ella, además de demostrar emociones como, el estar contento, es percibido por los padres, como muestra de que la terapia está siendo positiva para sus hijos.

El tercer objetivo “develar los cambios percibidos por los padres al finalizar las terapias”, nos permitió entrever que, no es posible percibir de forma inmediata cambios a nivel conductual, físico o socioemocional, principalmente por las características únicas y por los síntomas arraigados del TEA que poseen los jóvenes, y del grado de severidad de este. Los padres esperan saber con anterioridad, qué tipos de cambios pudiesen ocurrir, porque se especula que, sería más fácil identificarlos al momento de que se produzcan. Ya pasado un tiempo, desde la asistencia a la terapia, quizá se puede analizar de manera más fácil el antes y después del proceso; y es más fácil hacer un recuento de los cambios que pudieron evidenciar en diversas áreas. Conocer las características

de cada individuo es fundamental para obtener un resultado positivo en las terapias, ya que los que presentaban características hipotónicas mejoraron su marcha y postura, los que presentaban conductas disruptivas se vieron disminuidas al final del proceso de la terapia, también se observaron avances en conductas sociales y expresión de emociones, pero aun así, los padres no pueden decir con certeza que los cambios son debido a la toma de cierta terapia o debido a la ingesta de medicamentos o a algún factor extra, sino que, perciben que los cambios son debido a un conjunto de factores.

La demostración de sentimientos, el poder verbalizar lo que le molesta, es también, una evidencia de cambios y se traduce en buen humor, un mejor estado de ánimo. La relación con sus pares y familiares es una instancia para identificar posibles cambios, el simple hecho de saludar con un “hola” es una muestra de acto de sociabilización antes inexistente.

A pesar que, los cambios percibidos por los padres son diversos, por las características únicas de sus hijos, estas fueron percibidas de manera positiva y como un aporte a la sociabilización, a la afectividad, a la motricidad e intereses y a sentir mayor seguridad, también es posible que los padres a través de sus dichos dejen entrever lo que ellos esperan que se logre a través de las terapias.

El cuarto objetivo específico “conocer la apertura de posibilidades que

dan las terapias según la percepción de los padres” nos permitió inferir que, ven como una experiencia positiva las terapias complementarias, ya que al realizar distintas actividades pueden fortalecer ciertas áreas para la mejora de calidad de vida. El miedo, muchas veces es, un impedimento a dejar que los hijos experimenten con nuevas cosas, como en este caso, las terapias complementarias, eso se traduce en que, se restringen las posibilidades de generar instancias positivas de tratamiento, es necesario atreverse, los padres esperan que de cierta forma se genere un grado de independencia, pensando en la posibilidad de poder optar a realizar un oficio y lograr poder sociabilizar con el mundo que los rodea. La variedad de experiencias es percibida de manera positiva, tal vez se espera que el conjunto de experiencias positivas influyan a una mejor calidad de vida a futuro.

El variar el ambiente, el llevar a los jóvenes diagnosticados con TEA, significa un cambio de rutina que muchas veces conlleva a una descompensación, por eso quizá, los padres ven de manera positiva la realización de actividades que contemplen un cambio de rutina y que por muy simples que puedan ser, como ir al supermercado o visitar otra institución educativa, son de gran ayuda en la adquisición de tolerancia al cambio de ambiente.

Se ve reflejada en los dichos, la expectativa por parte de los padres, de que sus hijos adquieran habilidades de sociabilización y comunicación, lo que en el caso de un niño o joven diagnosticado con TEA es difícil de lograr y que quizá a través de las terapias complementarias se logre avanzar en estas áreas y logren un grado de independencia, aunque sea mínimo a la vista de nosotros, pero un gran paso para seguir expandiendo en el futuro.

## **2.2. Generales**

Se concluyó, según la pregunta de investigación ¿Cuáles son las percepciones de padres de jóvenes diagnosticados con Trastornos del Espectro Autista que han asistido a musicoterapia y equinoterapia? los hallazgos encontrados sobre las percepciones de los padres de jóvenes con TEA, que han asistido a musicoterapia y equinoterapia, son percepciones totalmente positivas, donde se apoyan en las recomendaciones de los docentes a tal punto que dejan de buscar otras alternativas, ya que, confían plenamente en los conocimientos profesionales, como en las experiencias vividas con sus hijos a diario en la escuela, por lo que, delegan cierta responsabilidad al establecimiento educacional. A pesar del costo que implican estas terapias, los

padres aprovechan indiscriminadamente, las oportunidades de acceder a una terapia complementaria, para que sus hijos obtengan logros o beneficios en cualquier área a través de esta, a veces alejándose un poco de los beneficios reales que estas proveen, por lo cual hay cierta inferencia sobre la escala de expectativas de lo que es posible lograr a corto o largo plazo, para personas diagnosticadas con TEA. Se rescata la importancia de las características individuales que poseen sus hijos, dándole énfasis más a la gama de intereses, que a los beneficios en sí que pueda proporcionar una terapia complementaria, por lo cual. Ellos declaran implícitamente que una terapia no es mejor que otra, en este caso, la equinoterapia comparada con la musicoterapia. Presentan grandes dudas, sobre si los progresos o cambios obtenidos son debido a la terapia en sí, o a factores externos a esta, pero manifiestan tácitamente que lo más factible y razonable para ellos, es el conjunto del todo, que es la mezcla de todo lo que rodea a su hijo, lo que provee un cambio, ya sea positivo o negativo. Al finalizar los procesos y las diferentes experiencias, tanto, en la equinoterapia como en la musicoterapia, los padres manifiestan explícitamente que la asistencia a estas, fué positiva, especialmente en la sociabilización con el medio y la apertura de interés en sus hijos, dos factores importantes para ellos para una mejora en su calidad de vida.

## **CAPÍTULO V: CONCLUSIONES**

A continuación, se presentarán las principales conclusiones rescatadas de esta investigación. Después de un profundo análisis de las percepciones obtenidas mediante las entrevistas y conversaciones informales, se pudo establecer que durante la presente investigación, se evidenció una inexistencia de apoyo por parte del estado hacia los padres, esto se ve reflejado en el área de la salud y en el área educacional. Los padres no cuentan con la información necesaria, debido a que no existe una institución oficial, que apoye como es debido el proceso que viven los padres en el diagnóstico, duelo y educación de sus hijos diagnosticados con TEA. Además, de la evidente falta de integración al sistema de salud de todo lo que conlleva los tratamientos terapéuticos para el TEA; es necesario invertir recursos, con los cuales no cuentan la familia, por lo que, debiese ser el estado quien se haga cargo de esta falencia, facilitando la cobertura de los costos asociados a las terapias, ya sean de origen farmacológico, psicológico y complementarias al TEA, dando la posibilidad a todos los jóvenes con este diagnóstico cubrir sus necesidades para una mejora en su calidad de vida.

La falta de autonomía de los padres en busca de vías alternativas, es

consecuencia de lo expuesto anteriormente, ya que al no contar con una red de apoyo o guía sobre como abarcar y dar respuesta a las necesidades de sus hijos al momento que son diagnosticados con TEA, se refugian y depositan su confianza y decisiones a los profesionales que trabajan directamente con sus hijos, en este caso, los docentes del establecimiento educacional; ellos esperan y confían que los docentes estén capacitados, tanto en la teoría como en la práctica, y lograr potenciar al máximo las habilidades de sus hijos y fortalecer sus debilidades.

Es importante que los padres se informen sobre las terapias, los beneficios que estas entregan (en todas las áreas), los requisitos mínimos que se disponen para cuando se importa una terapia o se la ofrezcan, se empoderen de su decisión y sean ellos los que analicen si sus hijos son aptos para la terapia, si los beneficios son positivos para él y en conjunto con los docente logren tomar las decisiones más asertivas, para el bienestar integral de sus hijos. Esta información previa, lograra ayudar a que los padres, además de ser parte en la toma de decisiones, reconozcan los cambios o avances en sus hijos que no son muy notorios a simple vista, y cuáles son los factores externos asociados a estos cambios, ya que, en esta investigación los padres manifestaron lo complejo que fue analizar si los cambios eran propiamente tal

de la terapia o de múltiples factores. Además expusieron que fue más sencillo observar cambios en la interacción social y comunicación al tiempo de finalizar las terapias.

El compromiso de la familia es fundamental para lograr avances en las personas diagnosticadas con TEA, todos los miembros del grupo familiar deben estar de acuerdo en la organización de tiempo y recursos que serán asignados para dar apoyo y poder cubrir las necesidades que conlleva el diagnóstico TEA. Es muy importante estar informado de la etapa de duelo que se encuentra los integrantes del grupo familiar, ya que se percibió en las conversaciones informales con los padres, que en algunos casos los otros hijos no eran muy condescendientes con el hijo que presentaba el TEA, llegando ser apáticos y poco tolerantes, reflejados en las actitudes que presentaban cuando se requería su disposición para dar apoyo.

Los docentes y la familia son agentes fundamentales para lograr avances positivos en los jóvenes diagnosticados con TEA. En esta investigación, los padres destacaron la importancia de otro agente que influye en estos progresos, el Terapeuta, no por los conocimientos y destrezas que estos poseían, si no en la empatía que se generaba con sus hijos a tal punto que un caso hasta el día de hoy son amigos, además lo ejemplificaron en experiencias

observadas declarando que, cuando no estaba su terapeuta, los jóvenes se descompensaban y no querían participar de la sesión aunque el terapeuta suplente tuviera las mismas capacidades.

Cada padre tiene una escala de expectativas distinta, sobre los avances de sus hijos, ya sea por la información a priori que manejan o por las características propias de sus hijos. Es por ello, que es importante informar a las familias, sobre que se espera conseguir con la participación a una terapia personalmente con su hijo, logrando tener expectativas más reales y despojar el miedo que se produce en los padres al vivir experiencias nuevas o desconocida, lo que supone un aspecto a mejorar a nivel educacional, de forma más estructurada para dar una respuesta a todos.

Mediante este análisis, se pudo establecer una relación evidente entre las diversas categorías primarias y las categorías emergentes. Fue posible constatar la correspondencia entre la Historia de la Elección y la Información Apriorística, ya que, la información que manejan sobre las terapias está relacionada con la elección sobre la participación de sus hijos en ciertas terapias, influyendo la información con la cual contaban al momento de decidir esto, también se constató una evidente correlación entre las Primeras Impresiones y el Rol del Terapeuta, considerado por los padres como

fundamental, el desempeño y carisma de este profesional, para generar una actitud positiva del paciente frente a la terapia, lo que ayudara a que la misma sea exitosa. Finalmente también fue posible evidenciar un nexo entre la Apertura de Posibilidades y las Expectativas de Logros a Conseguir, todos los padres buscan que sus hijos adquieran habilidades en diversas áreas como en comunicación, independencia y sociabilización, siendo esto un aporte para poder optar a una mejor calidad de vida, por otra parte, es arriesgado conectar Percepción de Cambios a alguna categoría emergente, ya que, los cambios percibidos por los padres entrevistados evidencian que no existe un factor observable que genere alguna conexión entre esta categoría y las demás, sería muy arriesgado hacer algún tipo de declaración.

## **PROYECCIONES**

A partir de este estudio es posible señalar como proyecciones lo siguiente:

Primeramente, dentro de los distintos establecimientos educacionales donde exista algún joven con TEA, se deben implementar talleres extra programáticos relacionados con las terapias complementarias y sus beneficios

como: charlas informativas donde asista un terapeuta, dinámicas grupales con: actuaciones, exposiciones, entre otras. Donde se haga participe no sólo a padres y apoderados, sino directivos y profesores.

Sería de gran importancia continuar con este tipo de investigaciones y estudios de las distintas terapias complementarias que existan, crear espacios donde la comunidad logre conocer sobre el impacto que estas causan, acercar a la gente de manera que todo el que requiera concurrir a una terapia, pueda hacerlo sin pensar en los costos que estas alcanzan.

Elaborar, a la vez investigaciones más profundas, donde se plasme los beneficios que entregan las diferentes alternativas de terapias complementarias, registrar las opiniones de los mismos jóvenes que han asistido a las terapias, realizar seguimientos del antes y después de cada uno de ellos, observando sus cambios positivos, como negativos.

## **LIMITACIONES**

Durante el transcurso de la investigación, ocurrieron algunas dificultades, afectando así los plazos estimados para la recolección de información.

Existió primeramente un problema de coordinación con la escuela

diferencial ASPAUT, para que las alumnas investigadoras pudiesen realizar el estudio. Además la recolección de consentimientos de los padres de jóvenes de la escuela tuvo retrasos en el momento de entrega de los padres a las alumnas. Debido a dichos retrasos, se sumó el que los jóvenes y escuela en general comenzaron sus vacaciones de invierno, por lo que resultó imposible comunicarse con los familiares durante esas semanas.

Por motivo de que la escuela informó a las investigadoras que los jóvenes sólo habían asistido a musicoterapia, tuvo que realizarse una primera transformación del estudio, presentándose dificultades a la hora de buscar artículos, libros y proyectos que estudiaran el tema.

Al momento de comenzar con las entrevistas, los padres en cuestión comentan que los jóvenes no sólo asistieron a musicoterapia, sino que también participaron de sesiones de equinoterapia, lo que causó una segunda transformación de la investigación y nuevamente dificultades para encontrar información que avale el beneficio de esta terapia.

## CAPÍTULO VI: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Aguilera, Pérez M. (2010) Material de apoyo a docentes: educación de estudiantes que presentan trastorno del Espectro Autista. Ministerio de educación de Chile, división de educación general, unidad de educación especial.  
<http://www.mineduc.cl/usuarios/edu.especial/doc/201404031020530.ManualTrastornoEspectroAutista.pdf>
  
- 2 Ajzenman, H. Standeven, J. Shurtleff T. (2013) Effect of Hippotherapy on Motor Control, Adaptive Behaviors, and Participation in Children With Autism Spectrum Disorder: A Pilot Study. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/258334793\\_Effect\\_of\\_Hippotherapy\\_on\\_Motor\\_Control\\_Adaptive\\_Behaviors\\_and\\_Participation\\_in\\_Children\\_With\\_Autism\\_Spectrum\\_Disorder\\_A\\_Pilot\\_Study](https://www.researchgate.net/publication/258334793_Effect_of_Hippotherapy_on_Motor_Control_Adaptive_Behaviors_and_Participation_in_Children_With_Autism_Spectrum_Disorder_A_Pilot_Study)
  
- 3 Allgood (2005) Parents' Perceptions of Family-based Group Music Therapy for Children with Autism Spectrum Disorders. Music Ther Perspect 23 (2): 92-99. doi: 10.1093/mtp/23.2.92

- 4 Araneda, A. et al (2008) Investigación cualitativa en educación y pedagogía : texto de apoyo a la formación investigativa de estudiantes de pregrado en la formación, desarrollo y evaluación de proyectos. Universidad Católica de la Santísima Concepción. Chile
- 5 Arias, V; Arias, B; Morentin, R. (2008) Terapia asistida por caballos: nueva propuesta de clasificación, programas para personas con discapacidad intelectual y buenas prácticas. Revista Española sobre Discapacidad intelectual. Vol.39, núm. 226.
- 6 Artigas-Pallarès J, Pérez I. (2012) Artigas- El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger. Autism 70 years after Leo Kanner and Hans Asperger. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 32 (115), 567-587. doi: 10.4321/S0211-57352012000300008
- 7 Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA , Asociación Americana de Psiquiatría, (2013)
- 8 Asociación Americana de Psiquiatría,(2014) Manual Diagnóstico y

Estadístico de los Trastornos Mentales (5<sup>a</sup> ed.). Arlington, VA:. American Psychiatric Publishing

9 Barboza, C. (2001) Rehabilitación Ecuestre Chile: Un nuevo concepto en Hipoterapia y Equinoterapia. Recuerdo de

<http://equinoterapiachile.blogspot.cl/>

10 Bass, M. Duchowny C. Llabre M.(2009) The Effect of Therapeutic Horseback Riding on Social Functioning in Children with Autism 39:1261–1267 DOI 10.1007/s10803-009-0734-3

11 Benenzon, R. (2000) MUSICOTERAPIA De la teoría a la práctica. Ediciones Paidós Ibérica, S.A., Buenos Aires

12 Bruscia, K. (2006) MUSICOTERAPIA MÉTODOS Y PRÁCTICAS. Editorial Pax México

13 Cardo, M. (2011) El niño y el caballo desde una perspectiva psicológica. Obtenido de Universidad del Salvador:

<http://www.usal.edu.ar/archivos/psico/otros/cardo.pdf>

14 Castillo, C. (2011) Centro de Hipoterapia Fundación Santa María Polo.

Recuperado en <http://actividades.uca.es/compromisoambiental/2011/C02/3>

15 Comin, D (2009) Verdades y mentiras sobre los tratamientos biomédicos en el autismo <http://autismodiario.org/2009/04/17/verdades-y-mentiras-sobre-los-tratamientos-biomedicos-en-el-autismo/>

16 Cortínez A. Nogales-Gaete J. Sanhueza .G (2008) Estudio de evaluación de Terapias Complementarias en el Sistema Público de Salud . Centro de Estudios para la Calidad de Vida (CECV). Recuperado de:

<http://web.minsal.cl/portal/url/item/9d59798fb14ad056e04001011f01399e.pdf>

17 Decreto Supremo N°170 (2009) Fija normas para determinar los alumnos con necesidades educativas especiales que serán beneficiarios de la subvención para educación especial

<http://www.mineduc.cl/usuarios/edu.especial/doc/201304231500550.DEC200900170.pdf->

18 Decreto Exento N° 83 (2015) Aprueba Criterios y Orientaciones de

Adecuación Curricular para Estudiantes con Necesidades Educativas Especiales de Educación Parvularia y Educación Básica.  
<http://www.educacionespecial.mineduc.cl/usuarios/edu.especial/File/2015/Decreto%2083-2015.pdf>

19 Decreto Supremo N° 815 (1990) Aprueba Planes y Programas de Estudio para personas con autismo, disfasia severa o psicosis.  
<http://www.mineduc.cl/usuarios/edu.especial/doc/201304231702180.DecretoN815.pdf>

20 ELLIOT, J. (1990) La investigación-acción en educación. Madrid: Morata.

21 Fernández R. Sánchez B (2015) *Influencia de la Equinoterapia en el Tratamiento a Niños Autistas de 5 a 7 años. recuperado en*  
<http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/119/0>

22 Fonadis (2004) Primer estudio Nacional de la Discapacidad en Chile. ENDISCh  
[http://www.ine.cl/canales/chile\\_estadistico/encuestas\\_discapacidad/pdf/VIIIregion.pdf](http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/encuestas_discapacidad/pdf/VIIIregion.pdf)

- 23 Francis, K. (2005) 'Autism interventions: a critical update', *Developmental Medicine & Child Neurology*. doi: 10.1017/S0012162205000952.
- 24 Fregtman C. (1982) *Cuerpo, música y terapia*. Ediciones Búsqueda
- 25 Gross, E. (2006) *Equinoterapia: la rehabilitación por medio del caballo*. Sevilla.Editorial: Trillas.
- 26 [Hawkins, B. L.](#); [Ryan, J. B.](#); [Cory, A. L.](#); [Donaldson, M. C.](#) (2014) Effects of equine-assisted therapy on gross motor skills of two children with autism spectrum disorder: a single-subject research study. Recuperado en <http://js.sagamorepub.com/.../4633>
- 27 Howlin, P. (1997) Prognosis in autism: Do specialist treatments affect long-term outcome? *European Child & Adolescent Psychiatry*
- 28 Ibañez, D. (2013) *Equinoterapia en niñas con Síndrome de Rett*. Obtenido de Universidad de Vic. Facultad de Ciencias de la Salud y el Bienestar. Desarrollo profesional en el ámbito clínico y terapéutico. Recuperado en [http://repositori.uvic.cat/bitstream/handle/10854/2345/trealu\\_a2013\\_ibane](http://repositori.uvic.cat/bitstream/handle/10854/2345/trealu_a2013_ibane)

[diana\\_equinoterapia\\_ninas.pdf](#)

29 Kern, Janet K, PhD; Fletcher, Charles L; Garver, Carolyn R, PhD; Mehta, Jyutika A, PhD; Grannemann, Bruce D, MA; et al.. (2011) Prospective Trial of Equine-assisted Activities in Autism Spectrum Disorder. *Alternative Therapies in Health and Medicine*17.3): 14-20. Recuperado en <http://search.proquest.com/openview/89988c6a24aba487647b2331da153bf9/1?pq-origsite=gscholar>

30 Kim, J., Wigram, T. & Gold, C. (2008) The Effects of Improvisational Music Therapy on Joint Attention Behaviors in Autistic Children: A Randomized Controlled Study. doi:10.1007/s10803-008-0566-6

31 Lacárcel J. (1990) Musicoterapia en educación especial. Editorial EDITUM

32 Lago P. (2012) La musicoterapia para el tratamiento educativo de la diversidad. Editor Editorial UNED

- 33 Ley que Establece Normas sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad, Ley 20.422 (2010) Párrafo N° 2  
[http://www.mineduc.cl/usuarios/edu.especial/doc/201304231526530.LEY\\_DI\\_SCAPACIDAD\\_20\\_422.pdf](http://www.mineduc.cl/usuarios/edu.especial/doc/201304231526530.LEY_DI_SCAPACIDAD_20_422.pdf)
- 34 López, L & Moreno, E. (2015) Hipoterapia como técnica de habilitación y rehabilitación. Recuperado en  
<http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v17n2/v17n2a12.pdf>
- 35 Mineduc (2005) Nuestro Compromiso con la Diversidad, Política Nacional de Educación Especial. Ministerio de Educación, división de educación general, unidad de educación especial.  
<http://www.mineduc.cl/usuarios/edu.especial/File/DOCUMENTOS%20VARIOS%202008/POLITICAEDUCESP.pdf>.
- 36 Musicoterapia (2002) Programa de Formación para Mediadores en Musicoterapia y Discapacidad. Libro de Ponencias. Recuperado en  
<http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO6823/musicoterapia.pdf>
- 37 Nogales Gaete J. (2004) Medicina alternativa y complementarias. Revista

Chilena Neuro-Psiquiatria, V42(4): 243-250.

38 Palacios J. (2004) El Concepto de Musicoterapia a través de la Historia. Revista Electrónica de LEEME (Lista Europea de Música en la Educación).Nº 13 (Mayo 2004) <http://musica.rediris.es>

39 Pérez, L. Rodríguez, J. & Rodríguez, N. (2008) La equinoterapia en el tratamiento de la discapacidad infantil. Revista Archivo Médico de Camagüey. Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552008000100016](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552008000100016)

40 Pérez, L. (2011) La Equinoterapia en el tratamiento de la Discapacidad infantil. Recuperado de [http://www.fundacionborjasanchez.org/upload/documentos/20110907150550.la\\_equinoterapia\\_en\\_el\\_tratamiento\\_de\\_la\\_discapacidad\\_infantil.pdf](http://www.fundacionborjasanchez.org/upload/documentos/20110907150550.la_equinoterapia_en_el_tratamiento_de_la_discapacidad_infantil.pdf)

41 Petters T. (2008) Autismo: de la comprensión teórica a la intervención. Autor-Editor.

- 42 Prizant, B, Wetherby, A, Rubin, E, Laurent, A, and Rydell, P (2006) The SCERTS model: A comprehensive educational approach for children with autism spectrum disorders, Baltimore:Brookes.
- 43 Reed, R. Ferrer, L. Villegas, N (2012) Curadores naturales: una revisión de las terapias y actividades asistidas por animales como tratamiento completar de enfermedades crónicas. Rev. Latino- Am. Enfermagem 20(3):7.  
[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/es\\_a25v20n3.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/es_a25v20n3.pdf)
- 44 Roberts, J. M. A., & Prior, M. (2006) A review of the research to identify the most effective models of practice in early intervention of children with autism spectrum disorders. Australian Government Department of Health and Ageing, Australia.
- 45 Rodríguez G. Gil J. Garcia E.(1996) Metodología de la Investigación Cualitativa. Ediciones aljibe.
- 46 Rodríguez G. (1999) Metodología de la investigación cualitativa. Ediciones Aljibe. España

47 Romerá, S. (2006) Introducción a la Equinoterapia. Disponible en [www.masarago.com](http://www.masarago.com).

48 Tallero C. (2000) El recurso educativo de la musicoterapia en educación especial. Revista Pedagógica Maestros de Lima (Perú) N°15-16. Volumen 6

49 Taylor & Bodgan (1996) Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Ediciones Paidós Iberica S.A. Barcelona, España.

50 Thayer Gaston, E. et al. (1993) Tratado de Musicoterapia. Editorial Paidós, México

51 Torres A. (2010). "La Musicoterapia Prenatal y el Vínculo Materno - Fetal". Universidad Mayor, Real y Pontificia de san Francisco Xavier de Chuquisaca, Bolivia

52 UNICEF, (2006) Primera Infancia [http://www.unicef.org/republicadominicana/health\\_childhood\\_4368.htm](http://www.unicef.org/republicadominicana/health_childhood_4368.htm)

53 Williams, K., & Wishart, J. G. (2003) The son-rise program intervention for

autism: An investigation into family experience. Journal of Intellectual Disability Research. DOI: 10.1046/j.1365-2788.2003.00491

54 World Federation of Music Therapy (s.f).<http://www.wfmt.info>

## **ANEXOS**

### **Carta de consentimiento de padres y apoderados**

El propósito de este documento es tener su consentimiento para realizar una entrevista grabada (audio), analizarla en profundidad y obtener la información necesaria con el fin de conocer la percepción que tiene la utilización de terapias complementarias, en este caso musicoterapia, según los profesores y padres/cuidadores de Jóvenes con Trastornos Del Espectro Autista en escuelas especiales de la ciudad de Concepción para ser utilizada exclusivamente en una investigación de seminario de las estudiantes Daniela Luengo Sánchez, Giordana Muñoz Miranda y Cynthia Valenzuela Baeza; estudiantes de último semestre de Pedagogía en Educación Diferencial con mención en Trastorno del Lenguaje de la Universidad Católica de la Santísima Concepción.

Es probable que Ud. no se beneficie con los resultados de este estudio; esperamos que sí sea útil para personas que tengan hijos o tutelados de niños o jóvenes que presenten un trastorno del espectro autista en el futuro.

La información recogida será almacenada en un disco duro externo de propiedad de las estudiantes que llevan a cabo la investigación, en archivo personal con acceso único y exclusivo por parte de ellas, quienes resguardarán la confidencialidad de cada participante. No se subirán datos personales a redes sociales, medios de almacenamiento virtual ni ningún otro medio que vulnere o ponga en riesgo la intimidad de las personas.

Al finalizar el proceso de investigación el establecimiento quedará con copia de este, donde se podrá observar los resultados obtenidos.

Ud. es libre de renunciar a su consentimiento para participar en la investigación en cualquier momento; simplemente deberá notificarnos de su decisión (oralmente o por escrito). Si algunas preguntas le causan incomodidad, dígaselo a la persona que se las está haciendo y puede no contestar alguna de ellas si así lo prefiere. De todas maneras, lo ideal es tratar de dar toda la información requerida para que el estudio se realice en forma correcta.

Si tiene algún tipo de inquietud sobre la investigación que se está realizando, puede contactarnos a los siguientes números: 952205193 (Cynthia Valenzuela Baeza), 999250068 (Daniela Luengo Sánchez) y 972645281 (Giordana Muñoz Miranda) y responderemos en lo posible a sus dudas e inquietudes.

El presente trabajo de investigación está autorizado por Sra. Marcela Bizama Muñoz, Jefe Departamento Fundamentos de la Pedagogía Y José Salas Herrera, Profesor guía de Seminario de Investigación.

Declaro que he leído y entendido toda la información anteriormente aportada; que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y despejar posibles dudas acerca del estudio; que mi participación es libre y voluntaria y puedo retirarme del estudio en cualquier momento que lo

deseo. Reconozco que la información que yo entregué en el curso de este estudio es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación científica. He sido informado/a de que puedo retirarme cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. Consecuentemente, autorizo a Daniela Luengo Sánchez, Giordana Muñoz Miranda y Cynthia Valenzuela Baeza; estudiantes de último semestre de Pedagogía en Educación Diferencial con mención en Trastorno del Lenguaje de la Universidad Católica de la Santísima Concepción a utilizar la información por mí proporcionada.

Conozco que la información derivada de esta entrevista será confidencial y usada solamente para objetivos académicos y que mi participación no implica peligro alguno para mí ni para mi hijo o pupilo.

Nombre pupilo: Nicolás Gajardo

Nombre madre/padre, apoderado o tutor: \_\_\_\_\_

RUT: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Número de contacto: \_\_\_\_\_

\*\* Este documento deberá ser reenviado al establecimiento una semana después que sea entregado.

### Entrevista 1

**Entrevistado/a: G.G.**

**Entrevistador/a: Daniela Luengo**

**E: Entrevistado/a**

**D: Entrevistador**

***D: Don G. ¿Qué información manejaba usted sobre las terapias complementarias?, antes de que Nicolás tomara musicoterapia.***

E: Eee haber, es que Nicolás ha tomado varias terapias complementarias como le llaman ustedes y.. y yo he buscado principalmente eee conseguir con eso un interés eee particular de él , de manera que le haga sentir un bienestar, que también implique ampliar el abanico de posibilidades que él tiene para entretenerse o de sus gustos no sé, que es bien restringido, entonces es eso lo que yo eh buscado con las terapias complementarias, nunca he buscado mejorarlo ni sanarlo, ni cosas así simplemente hacerlo sentirse bien ya , si además de eso la terapia complementaria a traído algún beneficio para mí eso ya es un regalo si, Lo principal que siempre hemos buscado con él es lograr interesarlo en algo que le guste.

***D: Y usted ¿cómo se informaba sobre las terapias complementarias?, ¿Cómo tenía acceso a ellas, saber de qué trataban? Como llegaba a eso***

E: Depende, A veces se acercan personas ofreciéndolas, otras veces uno recibe información por internet o por otros papás y se pasan los datos.

***D: A parte de musicoterapia, Nicolás asistió, como dijo usted, a otras terapia cierto ¿a qué terapias asistió el?***

E: Equinoterapia y ha hecho otros talleres también eee que son eee, por ejemplo aquí mismo realiza taller de cocina, ha hecho otras cositas también entretenidas, acuaterapia también.

***D: ¿Porque han ido escogiendo ciertas terapias en particular?, ¿porque la equinoterapia, porque la musicoterapias?, ¿solo por el hecho de que usted decía de buscar algo distinto algo que lo entretenga?***

E: Si, si, bueno es que cada terapeuta ofrece dentro de su trabajo beneficios que son asociados a sus terapias, uno tiene que ver hasta donde eso resulta con el niño por una parte y por otra parte ver cuál es la respuesta de él hacia la terapia Y si la respuesta ha sido buena, principalmente la respuesta de él hacia la terapia, a mí me sirve.

***D: ¿Quiénes tomaban la decisión de que Nicolás recurriera a una terapia complementaria, que asistiera a una terapia?, ¿La familia en conjunto, alguien en particular?***

E: La familia.

***D: La familia, ¿era algo que se hablaba o era algo simplemente que nos llegaba la opción?***

E: Si, Llegaba la información y conversábamos los papás y decidíamos si meterlo o no, porque estas cosas normalmente tienen costos altos, entonces igual hay que pensar en eso.

***D: ¿Costaba mucho llegar a decidirlo?, ¿habían distintas opiniones con respecto?***

E: No, solamente la parte eee logística era la complicada, que de repente quien lo podía llevar, si teníamos el tiempo o si el mismo tenía el tiempo eee si lo podíamos pagar, si es serio, esas

cosas había que evaluar, pero si todo era positivo , lo metíamos no más.

**D: y por lo general ¿Quién acompañaba a Nicolás en, es necesario que alguien acompañe en el proceso de la toma o de la experiencia de la terapia complementaria?**

E: ¿Que lo lleve a las terapias?

**D: ¿Que participe igual en conjunto igual con él? , o ¿solamente él?**

E: En la mayoría participa el solo pero cuando ha habido necesidad de que alguien lo haga con él voy yo.

**D: Bueno ¿Qué ha notado usted respecto a la repercusión de la toma de las terapias complementarias a las que ha asistido Nicolás? Y específicamente la musicoterapia.**

E: ¿De qué le ha servido?

**D: ¿Cuál ha sido la repercusión?**

E: La repercusión, eee chuta mientras duro estaba contento pero después el también asume que el proceso se acaba y de ahí yo no he visto que le haga gran falta tener la terapia o no eee diferente es por ejemplo la equinoterapia que para él es mucho más , lo tiene mucho más arraigado, es más significativo, la musicoterapia yo diría que para él fue entretenido no más , tuvo muy buena conexión con la terapeuta y él quería ir pero una vez que se terminó el proyecto ella no siguió, tampoco fue un trauma dejarlo y yo no eh notado ningún cambio después de eso.

**D: Y ¿si usted tuviera que evaluar esta repercusión, por llamarlo así, la experiencia de la musicoterapia usted la evaluaría como positiva o como negativa?**

E: Como positivo, cada actividad que se puede hacer con niños con TEA y que sea aceptada por ellos, lo mínimo que se logra es la sociabilización y el bienestar anímico de ellos que también es bien importante, todas estas terapias yo las considero súper buenas, pero como te digo el tema es, aparte de que hay que tener tiempo para acudir a ellas, hay que tener los recursos.

**D: Es algo, como mencionaba usted, una decisión que igual hay que pensarla en ese sentido, tiene un costo económico.**

E: Tiene un costo económico y ningún sistema te la bonifica y normalmente uno se maneja con esto a través proyectos no más.

**D: ¿Usted, percibió algún cambio en Nicolás en el hogar con respecto a lo que es la interacción, que antes no estaba presente?**

E: La interacción, ¿A propósito de cuál terapia?

**D: Musicoterapia.**

E: No, yo diría que no, cambios no.

**D: ¿Y con la equinoterapia?**

E: Yo diría que esa sí le significa más y cuando está ausente la equinoterapia Nicolás reclama mucho, eso sí le gusta y la verdad es la que lleva mucho más tiempo y hemos sostenido con más entusiasmo porque es la que hemos visto que ha dado mejores resultados con él.

**D: ¿Cuánto tiempo lleva Nicolás asistiendo a equinoterapia?**

E: Unos 2 años debe llevar.

**D: mucho tiempo.**

E: Sí, es el más viejito de los que va.

**D: ¿Qué cambios específicos, con respecto a la interacción dentro del hogar usted pudo notar con la equinoterapia?**

E: Sabes qué pasa con los trastornos del espectro autista que el abordaje para tratar esto es múltiple, entonces de repente tus ves algunos cambios y no sabes de donde vienen, cual es el responsable de que se haya producido un cambio, algún bienestar en especial, yo solamente puedo darme cuenta de, por ejemplo en el caso de la equinoterapia, que a él le gusta porque el mismo lo manifiesta y porque llega, a veces llega mal a los caballos, sale de la equinoterapia y sale súper bien, le gusta él tiene toda una rutina, un ritual con los caballos, les lleva su zanahoria, los guarda, todo eso, hace unos ejercicios arriba también, entonces por eso también sé que a él le gusta pero si tú me dices que efecto concreto en su comportamiento, en su aprendizaje ha tenido, yo no sabría decirte si es a propósito de la equinoterapia, a propósito de la vida escolar, de la vida familiar, o de las cosas que hacemos nosotros o de otra terapia.

**D: ¿Es difícil atribuir?**

E: Es muy difícil puede ser la llegada de un familiar o de algún viaje que hayamos hecho, como saber, eso es una de las cosas, o de algún medicamento, eso es una de las cosas más complicadas con ellos, porque como no te pueden contar en el fondo.

**D: Estos cambios, que a lo mejor usted no los puede atribuir específicamente a cierta terapia, a pesar de eso, en las sesiones que él ha tenido, ya fuese cuando vivió la experiencia de la musicoterapia o de la equinoterapia, usted me podría decir ¿después de que sesión más o menos, usted puede notar algo distinto? O a lo mejor no sesión específica, sino en que momento, ¿ya si al inicio se nota, o si durante las sesiones, si ya pasado el tiempo?**

E: Yo diría que no es una cosa de medir en tiempo si no que en notar cuando ya hay una

compenetración entre el terapeuta y el, yo diría que ahí ya el acepta la terapia y le gusta, más que por la terapia misma, porque el siempre asocia la terapia al terapeuta, por ejemplo cuando había musicoterapia, no decía voy a musicoterapia, hoy me toca tía Melisa, cuando va al caballo dice los caballos con el tío Guillermo, y a veces el tío Guillermo no está y se enoja y lo hace otra persona, igual lo hace bien pero reclama por que el tío Guillermo no está, entonces el... como se puede decir, la relación que se forma entre el niño y el terapeuta, es fundamental para que la terapia funcione, igual acá en el colegio, si el profesor o uno de los profesionales no logra afinidad con el niño no va a lograr nada, por muy capo que pueda ser el profesional.

***D: Entonces usted ¿define cómo importante el papel que cumple el terapeuta?***

E: Básico, el terapeuta es fundamental, puede tener un terapeuta que sea doctor en no sé, en musicoterapia y si el gallo es un gallo frío que no logra establecer un contacto, una afinidad con el paciente de nada va a servir su terapia, en cambio una persona que tiene medios súper restringidos pero que tiene un ángel o un carisma especial va a lograr mucho más, eso lo hemos comprobado, es así.

***D: Bueno usted nos dijo que los cambios que usted ve no son atribuibles específicamente a cierta cosa***

E: No necesariamente, es difícil saberlo, puede ser como puede ser a otra cosa

***D: Pero durante los procesos de las terapias alguna vez ¿ha visto algo que para usted sea significativo?, algún cambio en el comportamiento de su hijo, que usted diga que fue referente al uso esta terapia, quizá no un gran cambio, pero ¿algo que para usted haya sido significativo?***

E: Para mí es súper significativo que el sienta que tiene, que le guste algo, porque como les decía el espectro de intereses que él tiene, es muy estrecho, cuando hay algo que realmente llame la atención y lo pide y le gusta para mí eso ya es porque la terapia resulta, ósea para mí eso es ya mi retroalimentación, concretamente que esa terapia le haga mejorar su lenguaje, que le haga mejorar su sensación, su motricidad, o su manera de entender instrucciones, es probable yo creo que sí pero que uno diga esta cuestión es responsable de esto otro así en forma bien taxativa, es difícil, para mí es difícil eso.

***D: y ¿usted cree que la musicoterapia sirvió realmente como entretenimiento?***

E: Si, si y a lo mejor no solo como entretenimiento quizá le aporte mucho más, pero yo como te digo no sé si viene de ahí o viene de otra parte o sea lo que uno haga con ellos, siempre va en la misma dirección que es lograr que tengan mayor lenguaje, no tanto lenguaje sino que mayor capacidad de comunicación y mejor comportamiento.

***D: y eso ¿usted lo puede ver con la sesiones de las terapias complementaria?***

E: Si, si yo creo que sí.

**D: ¿en qué cree usted que se diferencian las terapias complementarias de la medicina tradicional?**

E: La medicina tradicional es la medicina en la que a uno le dan remedios, yo encuentro que es súper bueno, porque en ningún caso va a ser malo, a diferencia de la medicina complementaria, ah perdón tradicional, que siempre tiene contraindicaciones, a veces hay cosas que son buenas para una cosa y al mismo tiempo malas para otras, en este caso de las terapias complementarias normalmente no tienen ninguna contraindicación, salvo que tenga algún rechazo hacia la persona, hacia el terapeuta, algún sonido especial o algún ambiente especial que ocurre con los niños con TEA, pero si eso no se da la terapia complementaria nunca le va a ser mal, al contrario, el hecho de que ya tenga una ocupación más, solo eso ya es bueno.

**D: ósea ¿De todas formas es positiva según su opinión?**

E: Sí, es ojala entre más hubiesen más amplio fuera el espectro de terapias que se ofrecieran, mucho mejor.

**D: ¿Cómo evaluaría usted la experiencia que ha vivido Nicolás en las terapias complementarias?, siendo 1 la nota mínima y 7 la nota máxima, ¿qué nota le pondría usted a estas terapias?**

E: ¿A cuál?

**D: En general a las terapias complementarias**

E: Un 5.

**D: ¿Porque un 5?**

E: Porque cuesta mucho mantenerlas, por el tema económico principalmente y porque eee uno quisiera de repente que hubiesen más recursos materiales y profesionales para que fuesen mucho más masivas y mucho más eficientes, de repente se trabaja con estas terapias en forma bien artesanal y hay poca gente especializada, las horas son pocas, el tiempo que se da es poco, por ejemplo en la musicoterapia yo siento que debería Nicolás haber tenido, el tenía media hora me parece a la semana, ojala fuese una terapia que nosotros pudiésemos implementar acá en el colegio y estuviese dentro del plan de estudio, lo mismo la equinoterapia, la canoterapia o la acuaterapia también, esas son puras cosas que le hacen bien y debieran estar los recursos para poder contar con esas siempre.

**D: Y la musicoterapia específicamente ¿Con que nota la evaluaría usted? o ¿Cuál evaluaría de mejor forma, musicoterapia o equinoterapia?**

E: Es que no es porque una sea mejor que la otra, yo siento que a él le gusta más la equinoterapia, tiene mucha más afinidad con los caballos que con la música, él no es para nada artístico, en la casa ninguno de nosotros es artístico ni siquiera cantamos bien, no obstante de eso, la terapeuta que tuvimos nosotros era una niña súper buena y entregada y se la jugó bastante pero también con recursos bien limitados de espacio, la sala era chica, tenía poco tiempo, parte del tiempo se pasaba en lograr que el niño o el paciente se estabilizara y empezara a tomar el tratamiento y ya tenía que prácticamente terminarlo y cerrarlo, entonces, por eso yo le pongo 5 más que nada, no por los terapeutas sino por la falta de los recursos, por la falta de las condiciones necesarias para hacerlo mejor.

***D: Con respecto a la musicoterapia ¿había algo en particular que a Nicolás le llamara la atención? ¿Algún estilo de música, algo que lo motivara más?***

E: A él le gustaba mucho ella, la terapeuta. Le gustaba relacionarse con ella, le gustaba cantar, le gustaba las instrucciones que ella le daba respecto de algunos instrumentos, ella logro que hiciera algunos ejercicios de teclado por ejemplo y a él le gustaba, le gustaba eso.

***D: ¿Le gustaba experimentar?***

E: Con los sonidos, y también con, porque ella no solamente trabajaba el tema sonidos, también hacia, no sé, aplicaba técnicas de socialización con él y de instrucciones, entonces era como mucho más rica la terapia, pero se acabó el financiamiento y la verdad es que tampoco hemos conocido otra musicoterapeuta, si prácticamente no hay, son muy poquitas, de hecho ella ya ni siquiera se dedica a eso.

***D: ¿Qué cambios puede percibir usted que permaneciendo en el tiempo?, ya sea con equinoterapia, que ha sido la que ha tenido mayor relevancia, ¿qué cambios cree usted que permaneces, que se mantienen?***

E: Eh bueno, cambios que se mantienen ya dejan de ser cambios, eh lo que yo he visto que se mantiene es el interés, el gusto por asistir y la... no sé qué le produce físicamente a él el hecho de estar arriba del caballo y hacer los ejercicios, pero yo veo que sale contento y eso antes de la equinoterapia no estaba.

***D: ¿Y eso usted lo considera como algo fundamental?***

E: ¿La equinoterapia?

***D: ¿lo que produce en él?, como lo llama usted “el que salga contento”***

E: Ósea claro es fundamental que él este la mayor cantidad del tiempo agrado y bien, porque eso también repercute en la relación con las demás personas, si él está contento, también se va a portar mejor con nosotros, si anda de mala olvídate, hay que protegerse.

***D: ¿En qué cree usted que se diferencian los cambios que produce o que puede producir, la medicina tradicional o terapia tradicional de una terapia complementaria?***

E: No te entendí bien la pregunta.

***D: Buenos, las terapias tradicionales o como lo relaciona usted con la farmacoterapia produce ciertos cambios, las terapias complementarias otros, ¿cuál es la principal diferencia entre los que produce una y los que produce la otra terapia? ¿Usted nota alguna diferencia en realidad?***

E: Yo creo que la respuesta es mucho más sana y más rápida en el caso de las terapias alternativas eee y es más clara, en el caso de la medicina tradicional uno de repente tiene duda de si es que realmente los medicamentos están trabajando con lo que deben ser o no, si los comportamientos tiene que ver con temas ambientales o con temas más bien bioquímicos no sé, yo creo que es más fácil de evaluar.

***D: ¿Usted a partir de su percepción de la experiencia que tuvo Nicolás, usted podría, más bien usted recomendaría a otros padres que sus hijos asistan a terapias de este tipo, terapias complementarias?***

E: Si, si y no solo recomiendo también creo que es necesario.

***D: ¿Porque cree usted que es necesario?***

E: Porque entrega una posibilidad mucho mayor de tener experiencias, de conocer más gente, de tratarse, yo siento que lamentablemente, el pronóstico que tienen las personas con TEA, como yo diría cualquier persona, tienen mucho que ver con el trabajo que se haga con ellos, con los recursos que tengan, creo que dos personas que tengan el mismo nivel de autismo, si una tiene recursos por ejemplo para llevarlo a la playa, llevarlo a la nieve o llevarlo a conciertos, o llevarlo a una escuela y la otra persona que tiene el mismo nivel pasa encerrado todo el día, no tiene relación con mayores personas, más que la familia, tiene ofrecimientos de la vida mucho más restringidos, los resultados van a ser también mucho más restringidos, entonces dentro de lo que la vida le puede ofrecer a una persona, las terapias complementarias obviamente le abren el abanico de intereses y de experiencias que le van a hacer bien y va a mejorar sin duda el pronóstico.

***D: ¿Usted apoyaría el que Nicolás asista a otra terapia complementaria?***

E: ¿A cuál?

***D: En general en realidad, ¿que asista a lo mejor de nuevo a otra experiencia de musicoterapia?***

E: Si, de hecho nosotros tenemos planificado acá en la escuela, una vez que logremos un bendita ampliación que estamos hace mucho tiempo tratando de conseguir, implementar la musicoterapia acá, presentamos un proyecto este año al Ministerio de Desarrollo Social también, para postular a un proyecto de musicoterapia y no salió admisible por un tema burocrático de documentos así que seguimos buscando eso como institución, yo creo que dentro de lo posible ojala hubiesen mucho más terapias alternativas para estos chicos, le hacen bastante bien.

**D: ¿Que terapia le gustaría que tomara?**

E: El agua.

**D: ¿Con esa le gustaría que experimentara?**

E: Yo creo que le haría bastante bien, de hecho estuvimos un tiempo en un proyecto de piscinas pero salía carísimo y lo tuvimos que dejar también.

**D: ¿Pero ya lo probó?**

E: Si.

**D: ¿Asistió a sesiones?**

E: Si.

**D: ¿Y qué tal la experiencia?**

E: Buena, estaba bastante más chico sí, pero bien buena, él iba contento y salía bastante agradado y tranquilo y la pedía.

**D: ¿Le gustaba?**

E: Sí, le gustaba.

**D: Las terapias complementarias, la equinoterapia, la musicoterapia, las terapias a las que asistido Nicolás, ¿usted cree que abren otras posibilidades?**

E: ¿Al niño?

**D: Si para él**

E: Si pu, lo que les explicaba recién, todas las experiencias entregan posibilidades de ampliar las perspectivas de una mejor calidad de vida así que entre más terapias y más experiencias diversas tengan mucho mejor va a ser el pronóstico, a no ser que las rechacen en ese caso ya habría que suspender pero si no las rechaza y le gusta.

**D: Hay que seguir intentando, ya Don G. muchas gracias.**

## Entrevista 2

Entrevistado/a: V.

Entrevistador/a: Daniela Luengo

**E: Entrevistado/a**

**D: Entrevistador**

***D: Señora V. ¿Qué información manejaba usted sobre las terapias complementarias?***

E: Bueno... al escuchar la palabra complementaria, yo entiendo a qué se refiere a algo que es anexo a las actividades académicas del colegio, ehhhh... en este caso mmm.... me imagino que tiene que ver con alternati... como terapia alternativa a lo que uno podría pensar a lo mejor, en la vida normal de uno, que son las terapias de yoga o las flores de bag o cosas como de ese estilo, en el caso de mmm... de terapias para los niños con rasgos del espectro autista, podría ser ell... tema de lo la equino terapia la de los caballos , bueno Héctor nunca ha participado pero yo sé que hay, hay, ese tipo de taller, ehhh lo otro que escuchado yo también esta cosa de natación también.

***D: Si***

E: Ehh... mmm... también con la música, la musicoterapia ehhhh... mmmm... que poco escapan del tema de la, de la, lo tradicional. Eso.

***D: ¿Cómo usted se ha informado sobre las distintas terapias complementarias?, ¿Cómo ha obtenido información?***

E: Bueno generalmente ehhh... bueno por lo del colegio, obviamente con lo de la asociación también de padres y niños autistas emmm... porque se han ofrecido esos talleres ehhh... aa, arto tiempo ya el Héctor, ya estamos hablando de más de 15 años que está en el colegio y también por la televisión, porque también la televisión a veces realizan tal y tal cosa, actividades diferentes con los niños, eso.

***D: Señora Viviana, ¿Héctor asistió a una terapia de este estilo complementaria o alternativa?***

E: Si, por lo de la música, si ehmm... no sé si el baile también podría considerarse dentro de complementaria, pero también ha participado de talleres así donde los hacen como de bailar y ese estilo de cosas, commmm... que también tiene que ver con la música el tema de la percusión que los ritmos y todo eso ehhhh... mmm... y talleres más que mmm... por el lado

artístico a participado bastante de cerámica de esta cosa de tejidos así, como cosas así.

**D: ¿Y esos talleres se guiaron por la escuela?**

E: Si por el colegio yy... bueno también ha participado en talleres de cocina, como cosas extra programáticas.

**D: ¿Pero eso usted está obligado al que el asista o es decisión suya?**

E: Ehhh... ósea, obviamente a uno le pregunta si quiere que participe po, a él le encanta participar así que siempre ha tenido excelente asistencia.

**D: Qué bueno**

E: Si

**D: De las terapias que ha participado, de musicoterapia o de los talleres que ha mencionado usted que han sido complementarias a su educación, ¿Por qué se escogieron esos en particular?**

E: Ya, ahí es lo que ...no tengo mucha información, porque a nosotros nos dicen "ya Héctor va a participar en tales talleres" pero no nos preguntan cuál no, no, nonos agradecería que el participara entonces como que uno asume que le va a tocar ese taller, ahora me imagino que las profesora de mm... detectara este caso la habilidades que tiene cada niño y dirán, no se po, le corresponde esto, esto o tal vez para que vayan cambiando también, porque puede que ser que un año le toque musicoterapia y el otro año otra terapia alternativa como para que no se repita, pero eh... como que ahí uno no tiene mucha opción de elegir lo que le gustaría que participara su hijo, ehhh... mmmm... en este caso el año pasado a mí me informaron, ósea, todos estos años me ha informado que va a participar tal y tal día en los talleres, el día lunes se queda a taller de fonoaudiología y el día jueves a educación física, que son los de este año. El año pasado participaba en musicoterapia y esta cosa de más por el lado de las manualidades, que era como tejer y cositas, colgante y esas cosas.

**D: Cuando esta la opción de que participe en un taller o en una terapia complementaria ¿Quién toma la decisión de que él de que asista a esto?**

E: El colegio en este caso.

**D: El colegio**

E: Si y uno acepta o no.

**D: Es decisión suya aceptarla o no**

E: Si, si.

**D: ¿Ese es un tema que se habla en familia o se le pregunta a él? , ¿Se trata de ver si es**

***que hay un interés? o ¿Cómo se toma en realidad?***

E: Ammm en realidad no me han preguntado a que, que a mi no me han preguntado nunca si va a participar en este taller tal, tal, si no, ya listo, eso.

***D: Así de simple***

E: Sí.

***D: Cuando a usted le ha tocado decidir dar un sí o un no a la participación de Héctor en la terapia complementaria ¿Que le lleva a usted tomar esa decisión a decir sí?***

E: Es que bueno, como decía a él le encanta ir al colegio, entonces cualquier cosa que pa él lo beneficie, que yo sé que trae muchos beneficios de este tema de las terapias complementarias, yo feliz digo que sí, a ver si ahora es la más adecuada para él, no sé, no, no estoy tan segura de eso, porque a lo mejor sería mucho más interesante que nos comunicaran, nos digieran sabe tenemos este, estos talleres, que se yo. eeh... igual le parecería a usted que mejor participe su hijo o porque nos consultaran por lo menos la opinión, te fijas, pero tampoco me parece mal que ellos lo elijan porque ellos conocen a los niños y en cualquiera de los dos casos, siempre son beneficio, beneficio para ellos de todas maneras y al Héctor igual le encanta lo que es cualquier cosa de manualidad, el baile, movimiento como que se adapta a todo, así que para el bien po, y si tiene un beneficio, eso es lo otro, que nunca supe si realmente termino bien, tampoco tuve información de eso, de que es lo que hicieron en ese taller, pues inclusive se me había olvidado un poco.

***D: Y después de que él ha asistido, bueno haciendo memoria, después de que él ha asistido a lo de musicoterapia, ¿usted noto alguna, alguna repercusión después de la terapia?, ¿algún cambio?***

E: Mmmm... el año pasado yo diría que mmm.. no, así como viso, que se visualice tan claramente, no, pero lo que sí que en los comentarios que hacían por ejemplo los informes finales, recuerdo que escribían eso, que se relajaba con la música, se relajaba bastante con la música y de hecho a mí me encanta la música, yo no veo nunca televisión, estoy todo el día escuchando música y eso es como que lo relaja a él tal vez por lo mismo.

***D: Y después de los talleres que nos mencionaba que tiene que ver más con manualidades y todo, después de que el asiste a las sesiones ¿usted nota algún cambio en él?, ¿En su interacción, en su comportamiento?***

E: Así, como en la casa no po, pero que sí sé que él es súper detallista y meticulado y le gusta hacer ese tipo de trabajos, entonces no creo que sea algo que a lo mejor le produzca un nivel de estrés, que podría a lo mejor transmitirlo aquí en la casa, eh... bueno por su condición ahora toma medicamentos, justamente ahí está el medicamento, que es la risperidona, porque igual está un poco como nervioso, entonces bueno mm... lamentablemente la neuróloga no nos da otra opción que tratarlo con medicamento no más, aunque la dosis es muy baja, pero si yo no lo mantengo con esa dosis probablemente en el colegio estuviera siendo más agresivo,

como lo fue en algún momento, ehh... pero hasta el momento hemos funcionado bien así, ósea, idealmente yo no le daría nada, ningún medicamento, ojala pudiera ser de otra forma el tratamiento, pero bueno es así, este año por lo menos, el año pasado... no si también estuvo con medicamento, entonces estuvo en el verano sin medicamento, tuvimos que volver.

***D: Entonces con respecto a la percepción de cambios en la interacción del hogar de Héctor que antes no estaban presentes, antes de que empezara a asistir a musicoterapia, antes de que se tuviera acceso a los talleres, ¿Hubo algún cambio en su interacción entre el antes de asistir a musicoterapia y talleres y el después?, ¿Usted nota que ha habido algún cambio?***

E: No fijate que no , no podría decir que ha habido un cambio , quizás a lo mejor no lo note , trabajo harto y no estoy mucho con ellos en la casa, pero haber , el año pasado , no recuerdo que día era tampoco el taller, pero no sé, me imagino que, que es como una actividad del colegio, está dentro de la rutina de él, entonces no sé si producirá algún cambio o al menos si hubiera, me hubieran anticipado que tipo de cambios podría yo observar, sería mucho más claro, pero no tengo nada de esa información, ósea, tampoco se ni siquiera en qué consistía los talleres.

***D: ¿Usted cree que si a lo mejor una terapia fuera más significativa, una terapia que usted pudiera escoger que podría esto traer cambios en él?***

E: Si, de toda maneras, si por ejemplo, me podrían mostrar distintos tipos de terapia, me podrían decir, esta terapia sirve para que el niño se relaje, esta terapia sirve para que el niño no sea tan agresivo, esta terapia sirve para controlar los impulsos, que a lo mejor uno lo podría replicar en la casa te fijas, sería mucho más productivo encuentro yo, y sería más fácil observar los cambios.

***D: ¿Que buscaría usted en una terapia complementaria?***

E: Idealmente eso, suprimir el medicamento, que él no estuviera tan nervioso y que pudiera relajarse un poco más.

***D: Según su opinión, según su percepción ¿En qué se diferencia la terapia complementaria, la musicoterapia, los talleres complementarios del medicamento?***

E: Bueno, el medicamento obviamente para mí, es una droga , una droga que modifica tu comportamiento o en algunos casos eh... podría hasta alterar una conducta dependiendo el tipo de droga, eh... que considerando que somos todos normales, eh... ellos al que tengan un problema igual debería ser considerados como normales, debería existir otro tipo de lo mejor de terapias, no sé, como dices tú, que reemplace este tipo de medicamento, porque uno sabe que es una droga que uno le pone al cuerpo, que obviamente, en algún momento te puede hacer daño, a pesar de que la doctora me dice que no tiene efectos secundarios, eh... mmm... pero igual nadie quiere darle remedios a sus hijos, menos drogas po, ósea, si pudiera realizar otra cosa, si a mí me digieran, no se po, si una hora al día le pone música, no se clásica al Héctor, a lo mejor va a funcionar mucho mejor durante el día, no sé, deben haber estudios con respecto a

eso, tampoco he profundizado mucho, pero si me dicen esto lo puedo reemplazar por medicamento, yo claramente feliz, si de hecho trate de eliminar justamente el medicamento, ya lleva muchos años con medicamento, no, no resulto po, porque siguió poniéndose nervioso y esas cosas, entonces como que igual comenzó con conductas repetitivas, empezó hacer cosas que no hacía antes, entonces, el medicamento como que le baja un poco esos niveles, que no es lo ideal po.

***D: Si tuviera que usted decir, que terapia, complementaria, terapia tradicional conoce más usted, ha visto cambios, ¿Cuál sería?***

E: Como me dices tú como...

***D: ¿En cuál usted ha visto cambios en el uso de terapias?***

E: Ahhh...

***D: ¿Complementarias o en el uso de terapias tradicional?***

E: Ahí es difícil decir el cambio, porque resulta han sido las dos, utilizando la misma palabra complementaria, porque son al mismo tiempo, mm... por ejemplo si no hubiera estado con medicamento y solo con esa terapia, yo podría comparar po, a estado... lleva muchos años con lo mismo, con las dos, digamos ambas cosas, ahora en el verano yo estaba aquí en la casa po, según yo estaba tranquilo, porque estaba conmigo en la casa, pero entro al colegio y cambio todo de nuevo.

***D: ¿En qué se refiere con que cambió?***

E: Empezó a tener...a andar más nerviosos, aaah... un día le pego al tío del furgón, se puso agresivo, cosas así, hee...bueno hasta el momento, generalmente se producen los cambios cuando se me alteran más este tipo de niños po, al inicio del año escolar, en las vacaciones, que se yo, pero en el verano yo misma probé aquí en la casa que pasaba si yo no le daba remedios, y andaba bien po, hasta que volvió al colegio y empezó de nuevo con su, no sé, a andar más nervioso más que nada eso.

***D: Si usted debiera optar por una terapia o por la otra ¿por cual optaría por la tradicional o por la complementaria?***

E: No claramente la complementaria po, sí, pero ahí tendría que, osea, reconozco también que ehh... es algo que yo debería haberme informado mas po también, por el tema que voy poco al colegio, a veces va mi papá va a las reuniones, a lo mejor han informado, yo no sé, porque no estaba, he, no sé po, te fijas, por el mismo tema que trabajo, eeh... además estoy divorciada, entonces, no sé, tampoco está el papá presente, entonces es como que también haciendo un mea culpa, tampoco yo me he informado mucho, tal vez podría haberlo hecho muchos años atrás y no tendrá que estar usando medicamentos, te fijas, por ejemplo esta cosa de la equino terapia, yo he escuchado mucho que le hace bastante bien a los niños, lo relaja bastante, pero

tampoco nunca tuvimos el tiempo, ni el acceso pa ese tipo de terapias.

**D: Si tuviese la posibilidad de que asistiera... a esa terapia...**

E: Sí, yo sí, este tema de la natación también por ejemplo, cuando lo meten al agua le encanta bañarse, ponte tu capaz que eso también lo relaje, no sé, puede ser tantas cosas pero le falta uno información, falta información y falta ver eh... los resultados también po.

**D: Si usted tuviera que evaluar ambas terapias, tradicional y terapia complementarias con una nota de 1 al 7, siendo 1 la nota más deficiente y 7 la calificación máxima, según lo que usted cree que esta experiencia, la experiencia de probar con terapias tradicionales y la experiencia de probar con terapia complementaria ¿Ayudan aportan beneficios? Como la evaluaría usted.**

E: Bueno, por lo que yo sé, yo creo que es una súper buena alternativa po, ósea a lo mejor no lo he visualizado yo 100% en mi hijo, pero ehh... sé que son muy exitosas po, sí, yo diría un 6, si probara con mi hijo sería un 7.

**D: Usted cree que después del probar con una terapia complementaria, los cambios a lo mejor usted dice que no lo ha, que no se ha podido dar cuenta, pero a lo mejor el hecho de que el este más calmado, todas esas cosas que son pequeñitas, esas cosas ¿Según su percepción permanecen en el tiempo? ¿Hay algún cambio que usted, que haya dicho que esto paso por la terapia complementaria y esto ha permanecido?**

E: No lo podría decir , no lo podría decir por qué no, no , no he notado muchas diferencias en la conducta del Héctor po, entonces , tal vez lo que faltó a lo mejor hacer una evaluación del antes y el después, en el momento , estamos hablando del año pasado, igual la memoria es frágil, a lo mejor en un momento si hubo cambios, y yo no me di cuenta, no sé po, pero como así ahora ya te pudiera asegurar que hubo un cambio, sería difícil, porque no lo estoy viendo, porque te digo volvimos de nuevo al tema de los remedios, entonces no, ahora si hubiera sido constante en el tiempo a lo mejor hubiera seguido en la misma terapia en el verano y hubiera seguido el resto del año con lo mismo, podría decir, si hubo un cambio, pero como fue ahí, termino y termino no más y no hubo un seguimiento ni nada, tampoco podría asegurarte que hizo, hubo un cambio, complicado.

**D: Bueno a partir de esto, de su percepción de terapias complementarias, musicoterapia, equino terapia, de la experiencia que se tiene a través de estas terapias, ¿usted recomendaría a los padres de otros niños con el mismo diagnostico que asistan a este tipo de terapia?**

E: Si de todas maneras

**D: ¿Porque la recomendaría?**

E: Sí, porque bueno, siempre uno está buscando información, ósea, idealmente eh... de qué hacer con estos niños, porque es re poca la investigación que hay y... poco los colegios que se especializan en eso , muy pocos, ósea, Héctor estuvo durante muchos años y siento que fue

un tiempo entre comillas perdido, en distintos colegios especiales, donde habían unos que eran muy buenos y otros que realmente hacían absolutamente nada, lo tenían todo el día sentado en una silla y no hacían nada, y afortunadamente aquí en el colegio que está ahora ha sido bastante bueno, porque lo han integrado harto a la sociedad que ante otros colegios no hacían, por ejemplo esto de llevarlo a comprar al supermercado ya te cambia mucho la perspectiva, porque antes como que los tenían encerrados todo el día pintando y siempre lo mismo, acá han hecho otro tipo de cosas, le han tratado de enseñar con éxito o no por ejemplo, las señales del tránsito en alguna una oportunidad eh... participar más de actividades, ir ahh... me acuerdo que hasta un año el Héctor participo en una, en una carrera y gano, entonces como cosas así, que jamás en otro colegio hubieran pensado, entonces llegar aquí a Aspaud, eso fue bastante bueno, pero aun así faltan muchas cosas que mejorar uno, como lo que te decía en cuanto a la información, entonces me imagino que la mayoría de los papás de niñitos chicos, que ya tienen detectado este problema quisieran saber y conocer mucho de esto, mucho, mucho, antes de que llegara un médico y que le diga, no su hijo tiene autista tome tiene que darle este medicamento y con eso soluciona el problema, no po, no lo soluciona, porque le está manteniendo dopados no más, o lo tiene drogado, esta otra cosa funcionando en su mente que lo hace actuar de distintas maneras, ah... bueno antes era peor, porque le daban medicamentos y estaban durmiendo todo el día, al menos este lo controla, le regula un poco la conducta, el tema de la de... aquí del lóbulo frontal, ustedes deben saber po, la función ejecutiva y todas esas cosas, porque otro medicamento era como tenerlo todo el día durmiendo, antiguamente, entonces ahora digamos que este medicamento produce menos efecto secundario, es menos, menos, menos, produce menos impacto, pero aun así uno prefiere, bueno diría que todos los papás, de no darle lo remedio y si conocer este tipo de terapias que a lo mejor si se empiezan a aplicar desde chiquititos, pueden funcionar mucho mejor, estamos hablando que Héctor tiene cuanto, 23 años, ha estado muchos años haciendo lo mismo, no digo que no funcione en él, pero si se puede empezar desde antes mejor, sí.

***D: Entonces ¿Usted apoyaría que su hijo asistiera a otra terapia complementaria?***

E: Si por supuesto, por supuesto.

***D: ¿Y a cual le gustaría usted?***

E: Ehhhh y cuales opciones tendría (risas)

***D: Hidroterapia que es la del agua, equino terapia que también esta en Concepción, no sé, que otra terapia habrá en Concepción, no sé si cano terapia, eh escuchado pero no sé dónde en realidad.***

E: Y esa cano terapia es de...

***D: La que es con perros, asistida por perros***

E: Ahh... no, no le gustan los perros, no sería un caso, no le gustan los animales, esa la del agua me interesaría, la del hidroterapia.

***D: Para tomar la decisión de, con cual probar, en el caso que tuviese muchas posibilidades de poder acceder a estas terapias, ¿Que consideraría usted para tomar la decisión de que el asista a esta, esta, esta? , ¿En qué pensaría?, ¿en que se fijaría para poder tomar esa decisión?***

E: En que sea algo que le gusta a él po, como te decía, a él le encanta el agua o le encanta la música y oh... varias terapias coinciden, ahora el tema de los animales que no, no le iría muy bien, porque generalmente no ve un gato y le pega una pata y lo tira lejos, como que así, no, no sé , no se sentiría muy a gusto, ósea, sería algo que él se sienta cómodo , de acuerdo a lo que yo lo conozco , algo que a él le guste , a él, le gusta mucho pintar también, lo relaja hartito, eh... bueno casi siempre que sean conductas que son repetitivas, pero a lo mejor sacarlo un poco también de un lugar, que sea más amplio, de repente ir a una piscina, una cosa así, que le encanta, de hecho siempre en los veranos donde haya agua él esta, puede estar todo el día metido en el agua y no le da ni frío ni nada, puede ser un agua que este congelada y él feliz po, entonces como en ese sentido me gustaría que eso po, que sea algo que, que él se sienta cómodo y que si le da beneficios mejor todavía.

***D: ¿Cree usted que la que las terapias complementaria o alternativa abren posibilidades para Héctor, para los niños que están diagnosticado con tea?***

E: Sí, yo creo que sí, porque ya lo estas sacando de un, en este caso de los niños autistas o que tengan trastornos, sacándolos de un lugar que ellos están acostumbrados y los estas moviendo a otro lugar, ósea, estas digamos controlando a lo mejor los impulsos que de repente te dificultan procesos de aprendizajes, por decir algo, no se po, de repente están ensimismados con su conducta estereotipada, y todo eso que se yo, entonces algo que de repente lo relaje, y que a lo mejor fomente que este más concentrado y pueda aprender otra cosa, sería genial.

***D: ¿Que ámbitos cree usted que se desarrollarían más en él, al tener la posibilidad de asistir a una terapia complementaria?***

E: Bueno, en el caso del Héctor por la edad que tiene él, ya el lenguaje lo tiene definitivamente está descartado, sería muy difícil que desarrollara lenguaje, a estas alturas, pero si me interesaría que el tema del control de los impulsos, él estar más relajado, eso , del tema de la agresividad, controlar un poco eso, que igual me han dicho que eso le pasa por el tema de como él no habla, tiene que de alguna forma descargar también su energía, y a veces la descarga de mala manera, golpeando, golpeándose a veces el mismo, como hace dos semanas atrás se empezó a morder las manos por ejemplo, como, yo ahí le dije, porque afortunadamente me hace caso, que eso no se hacía, y no, no lo ha vuelto hacer o había no sé si ustedes ubican a la macarena del colegio, bueno una chiquitita que también con chochitos igual que se parece bastante al Héctor, andaba con una cosa que movía la mandíbula todo el rato, y también había agarrado la misma, yo le dije no eso no se hace, y así tratar de controlarlo, me hace caso, yo sé que en otros casos no funciona, hay niños que tienen conductas que es muy difícil sacarlas, pero en el caso del Héctor igual es como moldeable, ósea, igual yo creo que por ese lado, que tuviera evitar darle remedio y volviera hacer el Héctor que era antes, antes de los medicamentos.

***D: ¿Usted lo calificaría entonces como un aporte las terapias complementarias?***

E: Sí, un aporte, un aporte, si porque aparte lo vivo yo misma po, a mí me relaja mucho la música, yo me relajo mucho, ponte tu bailando, uno se desestresa y todo, imagínate el caso de estos niños, que pa ellos no se po, por su trastorno que tienen de sistema nervioso, igual están como tensos todo el rato, yo creo que están pidiendo como relajarse, ósea, es una cosa como obvia, hacer cosas distintas, así que, si, de todas maneras es un aporte.

### **Entrevista 3**

**Entrevistado/a: G.**

**Entrevistador/a: Daniela Luengo**

**E: Entrevistado/a**

**D: Entrevistador**

***D: Bueno señora ¿Qué información manejaba usted sobre las terapias complementarias?***

E: En cuanto a terapia yo siempre maneje lo que era fonoaudiología, psicopedagogía, kinesiología, pero musicoterapia no tenía mucha información y después cuando apareció esa terapia nueva me intereso y puse al Esteban.

***D: ¿Su hijo ha asistido a alguna terapia?***

E: Musicoterapia sí.

***D: ¿A otra a parte?***

E: A la casa de la discapacidad, pero este año no, el año pasado sí.

***D: ¿Por qué se escogió musicoterapia, como se llegó a esa terapia?***

E: A mi hijo le gusta la música, él en el computador crea pentagramas, él hace música en el computador, entonces debido a eso y como se dio la oportunidad de musicoterapia... ya, puede que de algo le sirva.

***D: ¿Quiénes tomaron la decisión de que estaban asistiera a musicoterapia?***

E: Yo.

***D: ¿Usted tomo la decisión?***

E: Sí.

***D: ¿Y en que se basó para tomarla?***

E: Es que a mi terapia que me dicen que lleve al Esteban yo lo llevo porque me gusta que mi hijo avance y si es para su bien... bien po y si veo que no le sirve simplemente no lo llevo más pero hasta aquí ha funcionado bien.

***D: ¿Qué les llevo a la decisión de recurrir a una terapia complementaria, aceptar la participación de esteban en una terapia complementaria?***

E: Por lo mismo para que él vaya avanzando, para que vaya desarrollando su personalidad porque él es muy retraído, es muy calladito, él es asperger pero es de los asperger calladitos no es un asperger lorito, por eso.

***D: ¿Qué ha notado usted respecto a la repercusión de las terapias complementarias, a lo que ha llevado la experiencia de participar en una terapia complementaria, ha notado algo?***

E: Si al Esteban le ha dado más seguridad.

***D: ¿Y cómo lo nota usted eso, en qué?***

E: Porque de repente dice "hola", saluda sin que uno le diga y participa más, es poco pero participa más.

***D: ¿Y eso en que lo ve, en qué ambiente acá en su casa, en el colegio?***

E: En el colegio, aquí en la casa y con alguna familia. Él no se da con mucha gente pero con algunas personas si se ha acercado.

***D: ¿Usted percibió cambios después de que se fueron dando las sesiones de musicoterapia, la interacción que mostraba esteban dentro del hogar?***

E: Sí.

***D: ¿Qué cambios percibía?***

E: Es que el esteban ahora demuestra más por ejemplo cuando está enojado, cuando está feliz. Antes era como más planito el siempre andaba feliz, ahora no si él está enojado él dice por qué antes no.

***D: ¿Ósea es notorio el cambio?***

E: Si, si demuestra más los sentimientos.

***D: ¿Y usted me podría decir después de que sesión, más o menos en que momento usted percibió que ocurrió ese cambio?, no a lo mejor decirme una sesión específica de la terapia pero en qué momento, quizá ya a inicio, quizá cuando se estaba desarrollando, quizá cuando ya había pasado el proceso de la terapia.***

E: Cuando se estaba desarrollando, como en la mitad más o menos, si porque de primera le costó un poquitito y después ya

**D: ¿Cuándo dice le costó a que se refiere?**

E: Es que a él le cuesta darse con la gente, entonces para el todo es nuevo, entonces ahí él es de los que mira, observa, toca y después ya toma confianza y se suelta.

**D: ¿Cómo se manifestó en él el cambio en las interacciones con otros jóvenes, usted veía que la interacción con los otros jóvenes era distinta después del proceso de la terapia?**

E: Si cambio un poco, está más sociable se puede decir, le cuesta mucho, por ejemplo la memoria de él está sobre la de un niño normal, su coeficiente intelectual, el hecho de ser retraído así calladito le baja, entonces queda como en un área limítrofe.

**D: ¿Usted a que atribuye ese cambio, el que pueda interactuar de una forma más sencilla, que le cueste menos la interacción, a que atribuye eso?**

E: Que se relajó, se relajó.

**D: ¿Y que es para usted que se haya relajado, a que se refiere con que se relajó?**

E: Él como que no sabía demostrar sus emociones entonces ahora al demostrarlas el anda como más tranquilo, de primera era como que se guardaba todo

**D: ¿Y qué pasaba cuando se guardaba todo?**

E: Cuando chiquitito se golpeaba, no fuerte pero se golpeaba o se aislaba, ahora no po, ahora no le gusta algo “y eso no me gusta, no lo quiero”

**D: ¿Cómo manejaba antes eso de que se aislara?**

E: Yo lo dejaba un ratito solo y de a poquitito el empezaba a tratar de.

**D: ¿Y ahora el expresa cuando algo no?**

E: Si, si está más grande ahora.

**D: ¿Por qué cree usted que ocurrió el cambio, porque cree usted que con la terapia si hubo un cambio?**

E: Bueno el enfoque fue que le dirá más seguridad, que el aprendiera por ejemplo con la tía era un enganche que tenían los dos y se entendían súper bien, eso mismo le dio más seguridad y ella le decía “Esteban ¿qué quieres hacer, quieres cantar, quieres tocar un instrumento?”, le dio a elegir lo que él quería, no como las típicas terapias, “ya vamos a estudiar, vamos a hacer esto y lo otro” no, si no que él iba y hacia lo que él quería hacer.

**D: ¿Quién es la tía?**

E: La tía Melisa.

**D: ¿La terapeuta?**

E: Si.

**D: ¿Usted cree que es importante el papel del terapeuta?**

E: Muy importante

**D: ¿Por qué cree usted que es importante?**

E: Porque con estos niños el que no tiene fiato no hay caso, no se puede trabajar.

**D: ¿Y con Esteban se dio?**

E: Buuu, si pu al último eran íntimos amigos, si muy bien.

**D: ¿Los cambios que usted vio en cuanto a la interacción en qué medida usted los puede atribuir a la musicoterapia, cree usted que son atribuibles a la musicoterapia?**

E: Sí, porque bueno antes siempre supimos que a él le gustaba la música pero no sabíamos cómo enfocar eso y ahí ya la tía le mostro instrumentos distintos, a cantar, a tener más seguridad, a que él los pidiera por ejemplo “tía yo quiero tocar este instrumento” antes no, puede que a él le haya gustado

**D: ¿Y a él le gustaba un tipo específico de música, o es la música en general?**

E: El Esteban por lo que me dijo la tía melisa en ese tiempo el jazz blues y los instrumentos medios raros que ella tenía eso le gustaban a él y en el computador el crea música, pentagramas, pero no lo hemos podido escuchar porque no nos deja.

**D: ¿No ha tenido acceso?**

E: No, inclusive el hermano, tiene un hermano de 24 años y también muy bueno para la música le dice “Esteban pero déjame ver, déjame aprender, enséñame” y no hay caso.

**D: ¿Cómo sabe usted de las creaciones si él no le da acceso?**

E: Yo lo veo a él cuando lo está escribiendo, armando y de repente me pongo los audífonos y escucho partes pero por ejemplo yo no lo eh podido grabar ni mi otro hijo tampoco, el crea y las borra.

**D: ¿En qué se diferencia según su percepción la terapia complementaria de la medicina tradicional? Con medicina tradicional nos referimos a la medicación, a los típicos controles y la medicina complementaria a las terapias complementarias, equino terapia,**

***musicoterapia, cano terapia que es la asistida por perros.***

E: No, La medicina tradicional es muy invasiva por ejemplo claro si el niño es muy inquieto claro lo tiene más tranquilo pero no lo deja pensar, no lo deja desarrollarse, en cambio las otras las alternativas ellos son de adentro, demuestra lo de adentro.

***D: ¿Cuándo usted dice que no los deja pensar, no los deja desarrollarse a que se refiere?***

E: Porque ellos piensan más lento estando medicados, si yo eh visto niños ahí en el colegio y estando medicados claro andas más tranquilos pero no responden igual que un niño normal, es más lenta su reacción, puede que en todos no sean iguales pero por lo menos yo eh visto eso.

***D: ¿Que terapia de las dos, la musicoterapia, la..?***

E: Equino terapia también hizo el esteban

***D: también hizo equino terapia ¿y qué tal la experiencia?***

E: Buena, buena igual, el Esteban por ejemplo antes veía una escalera y la subía gateando, ahora no la sube y la baja casi corriendo, le dio seguridad así en el cuerpo, porque él es hipotónico entonces es muy blandito, es muy torpe, así los tobillos cuando chico se lo pasaba con los tobillos zafados y ahora no po, ahora pisa con seguridad.

***D: ¿Y quién tomo la decisión de que el asistiera a equino terapia?***

E: Yo

***D: ¿Usted?***

E: Si po, si si a mí me las ofrecen en el colegio, en la casa de la discapacidad, me dicen esta terapia es para esto, le va a hacer bien en esto, ya listo.

***D: ¿Usted se informa a través del colegio y de la casa de la discapacidad?***

E: Si, si, si, no , estuvo muy buena esa, sí.

***D: Y lo que opine Esteban ¿influye en la toma de decisiones de asistir?***

E: Si, si yo veo que él por ejemplo, me dice mamá no me gusta, yo no quiero ir mas, yo lo veo que él va a estar sufriendo, no tampoco lo voy a obligar po, pero en esas terapias bien y las otras psicopedagogas, fonoaudiólogas, kinesiólogas también le gustan.

***D: En la equino terapia ¿eso se dio por varias sesiones igual?***

E: Tres meses

***D: ¿Por tres meses?***

E: Si

**D: ¿Y los cambios fueron notorios?**

E: Si

**D: ¿sí?**

E: Si po, por ejemplo el nunca, él nunca se había subido a un caballo, y después al último trotaba, él galopa en el caballo y sin manos, y uno cuando, si ni así del caballo, entonces esa seguridad.

**D: Y en la interacción, en la comunicación ¿noto cambios usted?**

E: Si po

**D: ¿Sí?**

E: Si po, lo mismo le da más seguridad, y uno también se siente más, porque uno de por si tiende, no mi niño, pero como, también po, uno también tiene que aprender a perder el miedo, claro yo había andado a caballo antes, pero es distinta, con un hijo.

**D: Si usted tuviese que evaluar la musicoterapia o las terapias complementarias con que nota, lo evaluaría siendo 1 la nota mínima y el 7 la nota máxima.**

E: Un 7

D: ¿Por qué le pondría un 7?

E: Es que, a mi hijo le hicieron muy bien, y al... bueno, al resto de los niños que participaron e igual le hicieron bien, no si a mí me dieran la posibilidad de volver a repetirla, yo las repito si o sí.

**D: Usted menciona que al resto de los niños le hizo bien, ¿se compartían las experiencias con las otras mamás?**

E: Si, si

**D: Y según su percepción ¿Cómo fueron las experiencias en general con los niños que participaron?, según las opiniones que usted compartía con las demás mamás.**

E: Ehh... bien po, por ejemplo de aquí, de chiguayante, íbamos haber... 4 , 4 mamás , nos juntábamos en concepción, y de ahí con los chiquillos a lomas verdes, ahí donde los carabineros que tienen caballos, ahí íbamos, entonces ehh... ya todos, no si más nerviosas nos poníamos nosotras porque llegar allá cuesta mucho, entonces los chiquillos "no si vamos a ir, tenemos que ir", "porque nosotros no podemos fallar, porque yo me quiero subir en este ", entonces había que ir si o si y por ejemplo, ver los avances, que uno de repente no querían subiehh... acercarse a los caballos y después ehh... estar montando casi solo los caballos.

**D: Y la primera impresión de Esteban como ¿cuál fue su percepción de la primera impresión de él cuándo llego a equino terapia?**

E: Ehhh... es que primero lo hacen hacerle cariño a los caballos, entonces de a poquitito va, empiezan tocando, que dándoles comida, y lo hacen, la primera vez va uno sola sin los niños, entonces a uno le muestras maomeno como es el circuito, le hacen subirse a los caballos, todo, y hacerlo lo mismo que van hacer los niño, entonces después uno va con los niño, los niño los toca, le da el alimento todo eso.

**D: El que usted allá podido tener una experiencia previa, el que ante usted allá podido experimentar antes de llevar a Esteban ¿le sirvió para algo?**

E: Sí, sí, porque uno ya sabe a lo que el hijo está dispuesto, ya sabe a lo que va.

**D: ¿Y eso en que se traduce?**

E: En que uno le da seguridad al niño

**D: ¿Seguridad?**

E: Si po, si po, si uno va a andar nerviosa , los chicos estos captan too.

**D: ¿Usted cree que es importante que usted se sienta segura para transmitirlo?**

E: Si, si, si no estos niños son muy agujitas, por ejemplo ahora debe estar escuchando todo allá arriba, tienen un oído, sí.

**D: ¿Qué tipos de cambios han permanecido en el tiempo? después del proceso de la musicoterapia, después de que ya ¿Por qué ya ha pasado cuánto?**

E: Mmm... como dos años.

**D: ¿Qué cambios según su percepción permanecen?**

E: Permanecen mmm... bueno el gusto por la música, eso nadie se lo va a quitar, y lo social, lo social ha ido aumentando.

**D: ¿Sí?**

E: Sí.

**D: ¿Y en que lo nota usted?**

E: Ehh... está compartiendo más, por ejemplo con unos primos ahora.

**D: En que se diferencia según su percepción los cambios que se obtienen a través de terapias complementarias, de los cambios que se obtienen o los cambios que se obtienen a través de la medicina tradicional, ¿cuál es la diferencia entre los cambios que se dan con una y la otra?**

E: Haber es que yo, con medicina tradicional no, con el Esteban no ha estado porque él no toma medicamento.

**D: *¿Nunca se ha medicado?***

E: No, entonces en ese sentido yo no lo tengo como...

**D: *¿Usted solo tiene la experiencia de la alternativa?***

E: Claro, la alternativa, sí.

**D: *¿Y por qué nunca?, ¿No ha sido necesario?, ¿nunca han querido?, ¿porque no?***

E: Nunca ha sido necesario, porque no es agresivo, eh... por ejemplo cuando chiquitito si se golpeaba, pero era una forma de manipulación que él hacía, yo lo tenía inscrito en otro colegio, matriculao, entonces la tía lo mandaba a trabajar y él quería jugar con los juguetes, entonces la forma de mostrar su enojo era, iba agarraba la mesa y se pegaba en la cabeza, claro se dejaba un huevito pero no más allá de eso.

**D: *¿Y cómo controlaba eso?, ¿Cómo lo manejaba?***

E: Ehh... cuando llegue al colegio, acá la tiaaa, él fue alumno de la tía Karina, ella fue su profesora, entonces me dijo "mamita, esto están fácil-me dijo- con tu hijo, porque lo que tiene es prácticamente nada, ignóralo, cuando él te haga, ignóralo, simplemente", claro, al mes ya no hacía nada de eso, sí.

**D: *¿Usted recomendaría a otros padres que asistan a musicoterapia, ha equino terapia?, experiencia que usted tiene, ¿Porque lo recomendaría?***

E: Si, de todas maneras, es que se notan los avances, por ejemplo a equino terapia, fueron 3 meses, pero la seguridad física que él obtuvo, fue grande, grande, grande, si hubiera estado participando un año, mucho más po, y en musicoterapia participo un año y algo me parece, y también po, en lo social le ayudo mucho, así que no, yo la recomiendo de todas maneras.

**D: *¿Sí?***

E: Sí.

**D: *Si usted pudiera volver a repetir la experiencias ¿La repetiría?***

E: Si, si, de todas maneras.

**D: *¿Y que le hace falta para poder volver a repetirlas?***

E: Es que lamentablemente esas son caras, al hacerlas particulares, y no se ha dado la oportunidad de que hayan proyectos y así salgan gratis, pero saliendo algo gratis y dándome la oportunidad.

**D: *Entonces ¿Usted apoyaría que su hijo asista a otra terapia complementaria?***

E: Sí, sí.

**D: ¿Y cuál le gustaría usted?, ¿Cuál le gustaría probar? La cano terapia que es asistida por perros, la hidroterapia que es la de natación, la que se hace en el agua, bueno musicoterapia...**

E: Cualquiera.

**D: ¿Sí?**

E: A mí la que me costaría más, equino terapia, porque cuando yo lo llevaba ahí empezó con un malestar en esta parte, yo pensaba que era apendiciti fui a médico me dijeron “no usted tiene una hernia”, claro me hice la eco, ósea, no tengo una hernia, tengo tres hernias, entonces me cuesta más de repente el esfuerzo, movilizarme, pero sería como lo único, lo demás no, donde me digan yo voy con él.

**D: Según su percepción ¿Usted cree que las terapias complementarias, la musicoterapia, la equino terapia , abren otras posibilidades para los niños?**

E: Sí

**D: ¿Sí?**

E: Sí

**D: ¿Cómo cuáles?**

E: Ehhh

**D: ¿Qué posibilidades le abren?**

E: Bueno, yo he visto desde niños que se comunican cero, hasta aprender a comunicarse, bueno, hay algunos que no tienen lenguaje, pero por ultimo con señas con, con cariño, no se po, ahí ellos aprenden a demostrarlo.

**D: ¿En que ámbito cree usted que ayuda más las terapias complementarias?, ¿Qué ámbito cree usted que ayuda a que se desarrolle más en los niños?**

E: Bueno, como él ha participado en dos, le ha servido en lo físico y en lo social.

**D: ¿Y algo recomendable? ¿Algo que usted cree que otros papas deberían probar?**

E: Que se atrevan a probar cosas distintas que, de repente uno por miedo no lo hace, porque uno de por si cría estos niños como en una burbuja, no los quiere llevar al mundo por miedo que le vayan hacer algo, lo que, lo que me pesaba a mí, pero hay que arriesgarse no más po, y así uno va a ver los logros que tiene su hijo.

**D: Usted cree que ese miedo que usted tiene de que a él le pase algo ¿Ese miedo se implementa con todo los niños o especialmente con él?**

E: Ehhh... en cuanto al colegio yo creo que todos los papas tenemos el mismo miedo.

**D: ¿todos los niños del....?**

E: Del colegio.

**D: de Aspaud**

E: Si, sí. Es que hoy en día está muy fuerte el bullying, y estos niños son, están expuestos a eso, por ejemplo Esteban este año iba a ir al sexto-séptimo, el próximo año, si dios quiere, encuentro colegio, él se iría a un colegio normal con integración, entonces ahí ...

**D: el miedo**

E: Claaaro, claro, pero yo sé que le va a ir bien, porque no tiene problema, por ejemplo es tranquilo, no es agresivo, entonces él va estar en la sala, va prestar atención y va hacer todo bien, pero más allá, por ejemplo en el recreo puede que le cueste formar amigo, cuando vaya al baño, cosa así, ese es el miedo que tengo yo...

**D: pero usted está dispuesta a así ha...**

E: Es que tengo que soltarle las alitas po o si no, va a llegar el día que yo no este po , yo estuve, el 2014 me operaron de tiroide, me encontraron cáncer, estuve con radiación, entonces ahí yo dije no, yo no lo puedo tener ahí no más po, tengo que ir soltándolo de a poquito.

**D: ¿Y las terapias complementarias ayudan a eso? A que se vaya soltando a que vaya...**

E: Si, si , si.

#### **Entrevista 4**

**Entrevistado/a: P.**

**Entrevistador/a: Daniela Luengo**

**E: Entrevistado/a**

**D: Entrevistador**

**D: Sra. P ¿Qué información manejaba sobre las terapias complementarias? Antes de que su hijo asistiera a alguna ¿que sabía usted sobre terapias complementarias?**

E: Había escuchado de arteterapia yo, arteterapia y musicoterapia igual la había escuchado, si porque cuando uno, cuando uno tiene un hijo con problemas y empieza ya a escolarizarlo de

muy chico uno empieza a saber que existen estas cosas, la equinoterapia, la arteterapia y el aguaterapia parece que se llama, no se eso dónde van...

**D: Acua creo o hidroterapia.**

E: Hidroterapia si también y sabía que existía pero igual ósea ir ah, y yo contratar o ir a algo particular es caro para mí, para mi realidad material, entonces no podía po o por lugares porque era muy lejos también, no podía acceder, pero no igual fui a unas terapias me acuerdo en la casa de la discapacidad, si también con una fonoaudióloga también ¿son terapias también sí o no?

**D: Si también son tipos de terapias.**

E: Son terapia si y no sé qué más.

**D: Si, y ¿cómo se enteraba usted de las terapias, como supo que existía la musicoterapia la hidroterapia?**

E: Porque entre las mamitas nos empezamos a hablar, empezamos a comunicarnos y seguramente yo debo haber buscado también información sí, porque igual me eh documentado de otras cosas.

**D: ¿Alejo ha asistido a alguna terapia?**

E: Si.

**D: ¿A cuales terapias?**

E: A musicoterapia, a ver a arte terapia porque le hacen clases de arte, a cocina no, no sé qué más, a esos dos.

**D: ¿Y porque asistió particularmente a esas terapias? ¿Porque asistió a musicoterapia a arteterapia?**

E: Porque esas son las que daban en ASPAUT, son las terapias que son complementarias.

**D: ¿Quiénes tomaban la decisión cuando se ofrecían estas terapias, cuando se ofrecía la oportunidad de asistir a arteterapia, musicoterapia, quien o quienes tomaban la decisión de que el asistiera?**

E: Yo creo que igual había una evaluación porque igual a ellos le hacen evaluación a los niños, más o menos como están preparados, a que ir, como que trabaja un equipo multidisciplinario a él lo evalúan y te dicen que tienes que hacer tu cachai y entonces que van a hacer con ellos y ahí te informan que hay estos talleres, que podría participar.

**D: ¿Pero la hacen tomar la decisión, usted decide si se asiste o no?**

E: Eeee no sé si me hacen tomar la decisión pero yo creo que si ellos lo dicen, es porque es lo mejor para ellos, tampoco es tan arbitrario yo creo que también hay un estudio serio ahí,

entonces uno tiene que hacerlo porque uno tiene que confiar en los profesionales, no le están diciendo que se quemar los pies, no po, es algo para el bien del niño para el desarrollo.

***D: ¿Que le lleva a usted como mamá el tomar la decisión de recurrir a una terapia complementaria?***

E: Es que yo no sé si haya recurrido a la terapia, es porque la ofrecieron, si yo viera que le hiciera daño no la tomaría pero como está ahí y sé que le va a hacer bien, si tuviera otros recursos y pudiera llevarlo a otros lados yo lo llevaría, si eso es así, pero no eh podido, no se puede hacer eso.

***D: ¿Usted señora P que ha notado respecto a la repercusión de las terapias complementarias, ha habido una repercusión cuando su hijo a asistido a arteterapia, a musicoterapia usted nota algo?***

E: Por ejemplo en musicoterapia antes los ruidos le molestaban y yo creo que igual ha sido, bueno una la musicoterapia porque ellos tocan instrumentos, él ha ido aceptando diferentes ruidos por ejemplo musicales.

***D: ¿A poder tolerar?***

E: Si y también junto con eso ellos hacen un día de baile donde ponen diferentes ritmos, así que él tiene su cantante favorito, su música favorita, cantantes que... y tengo que escucharlo igual porque es mi hijo todo el día con la misma, ahí yo noto que igual acepta más cosas, si la sensibilidad se le va haciendo.

***D: ¿Y con respecto a la interacción dentro del hogar usted ha notado algún cambio? Después de que por ejemplo el asista a arteterapia ¿Usted nota algo distinto?***

E: Es que lo que pasa que los cambios no son yo creo que una serie de cosas gatillan un cambio, como cosas cuantitativas, así como sumar cosas en algo cualitativo, en un comportamiento por ejemplo, claro que él tiene mayor relación si pero han sido varios factores

***D: ¿No es específicamente atribuible a una terapia?***

E: Yo creo que sí pero también ha sido, eee por ejemplo si el psicólogo esta con él por ejemplo, si hay una buena metodología en diferentes áreas yo creo que junto con las terapias complementarias yo creo que igual dan resultados, porque a veces igual el alejo de acuerdo a su desarrollo también no ha andado muy bien, también ha andado mal, otras veces bien de acuerdo a la alimentación también, yo creo que es un conjunto de cosas, no podría decir que solo es una cosa.

***D: ¿No específicamente por algo, si no que esto igual suma dice usted?***

E: Esto suma al desarrollo, porque como ellos tienen, como se llama, el síndrome porque nacen y mueren así entonces.

**D: Con respecto a todos estos cambios que dice usted son la suma de distintos factores y que usted cree que también la terapia complementaria ha sido un aporte para eso ha sido un factor también**

E: si si.

**D: bueno no sé si recuerda las sesiones porque esto, la musicoterapia, ¿Se fue dando por sesiones?**

E: Si

**D: ¿Usted cree que después de que sesión o en qué momento de la terapia usted cree que ya se puede ver algún cambio?**

E: No se

**D: no sabría decirlo**

E: no sé, no sé, no sé, no sé, no, es que uno no se dar cuenta porque, porque con es que lo que pasa cuando, por lo menos a mí me pasa, es que con tantas cosas que tengo que hacer, y uno llega y lo manda, es mecánico, pero después se da cuenta por ejemplo, que claro el niño acepta y ni siquiera me había preguntado esto por ejemplo, de que, que cuales habían sido los avances, yo ahora empecé a pensar, ahora en este instante que el alejo, claro escucha música, tiene mayor aceptación a los... antes no , porque antes no quería, apagaba la m ... no dejaba, si, entonces yo creo que claro que todo, todo al final, porque no me doy ... si no me doy cuenta de inmediato, es porque no hubo un cambio inmediato, seguramente que fue todo suma , todo lo que pase va sumando, igual yo creo que es importante porque debe trabajar un área del cerebro que debe gatillar en algo po , yo creo que si es así, entonces ehhs no, pero no podría especificar, no por la cuarta ,por la quinta, no, no ,no ,no tengo idea , sí.

**D: ¿Porque cree usted que ocurren cambios?, ¿Que el hecho de que asista él ha una terapia? del el hecho de que este con el apoyo de los profesores ¿Porque cree usted que esto lleva como dice usted que evoluciona de alguna manera de que antes no aceptaba nada lo que era escuchar música y se ha vuelto más tolerante?**

E: si

**D: ¿Porque cree usted que ocurre esto?**

E: porque, es un adiestramiento, porque el hombre igual es un animal de costumbre, y los autistas igual po, necesitan que , yo creo que , deben haber formulas , pero tampoco es conductista la cosa, pero deben haber fórmulas que yyyyy deben haber probado, el, el ,el, no se po , que se tiene que hacer primero, que se tiene que hacer según... , no se me imagino , noooo, los procesos de la enseñanza yo creo que he la gente que le hizo musicoterapia, debe saber que elementos va a usar , como lo va a hacer, que...

**D: Pero usted ya de verlo así ya pasado el tiempo, ¿Usted si nota que hubieron cambios?**

E: Yo si, si po, si, si yo creo que sí , sí.

**D: ¿En qué cree usted que se diferencia una terapia complementaria o alternativa de una, de la terapia tradicional? , lo que llamamos farmacológica, esa la terapia de tomar pastillas, ¿Cual crees tú que es la principal diferencia de una y otra?**

E: Yo creo que las terapias , las terapias comple... terapias complementarias, esas, yo creo que educan , si porque tu trabajas en base a las , educas, hay un aprendizaje de por medio y la farmacológica, yo creo que ..... Bueno, no se po, eso de los tranquilizantes te calman para que tú puedas, ósea, aceptar otras cosas pero si no hay otra cosa que lo estimule , no , tampoco, yo creo que preparan al cuerpo como para que reciba algo, pero no es que generen un cambio así dándoles los remedios así, hay que actuar, hay que hacer algo .

**D: Según su percepción señora P. ¿Cómo evaluaría usted la experiencia de asistir a terapias complementarias? musicoterapias, arte terapias, siendo una la nota mínima y siete la nota máxima. ¿Qué nota le pondría usted a las terapias complementarias?**

E: Yo creo que un 7, son necesarias.

**D: Si**

E: Si

**D: ¿Por qué dice usted que son necesarias?, ¿Por qué cree usted que son necesarias?**

E: Porque de, porqueeee, porqueee, bueno, yo creo quee ... el alejo por su problema que tiene, necesita socializar, necesita aprender a manejar , manejar nuevas áreas que el seguramente yo, no se trabajar con él , que yo no he estudiado ciertas cosas, ehh pero sí le puedo ayudar en otra , entonces el necesita que le enseñen de formas distintas aprender cosas que seguramente nosotros aprenderíamos, no se po, o que tu mamá te diga o .. No sé si es eso también, porque la musicoterapia es tocar un instrumento o en el colegio también, en los colegios tradicionales le enseñan cosas a los niños que, que seguramente necesita un especialista enseñársela acá yy el ser humano siempre está aprendiendo, si po entonces... desarrollar la inteligencia, no sé, para eso.

**D: ¿Qué tipo de cambios han permanecido en el tiempo señora P?**

E: ¿Qué tipo de cambios?

**D: sí, ¿Que ha permanecido en el tiempo de, como era alejo antes de empezar a asistir a terapias?, ¿Cómo es ahora?**

E: yo creo que igual es más sociable, le gusta la música, tiene sus gustos ehhh... a ver que más...

**D: ¿Cómo era el antes de asistir...**

E: Es que...

***D: ... a la escuela, asistir a arte terapia?***

E: Y a la escuela, si no tenía como dos años, como a los dos años 8 meses lo escolarizamos, emmm nooo era gritaba, mmm no, era terrible, ósea, gritaba todo el día, era algo que no, no se controlaba, mmm no había control, hasta los 8 o 10 años, mmm no sé, era una tormenta el alejo.

***D: y ahora ¿Cómo es?***

E: Nooo, ahora igual es más tranquilo el alejo, pero igual él es hiperactivo, tiene problemas con el sueño, pero por lo menos él se relaciona, y él entiende más o menos de que se trata su entorno, igual se conecta...

***D: ¿Cuándo usted habla que se relaciona, que se conecta a que se refiere?***

E: ehhhh bueno los grados que tiene él no más, en la que él pida las cosas, es capaz de servirse algo, de hacer algo, emmm... se puede lavar si uno le dice, o recoge eso y bóvalo, ahora igual le estaba tratando de enseñar a leer, pero yo igual creo que pueda aprender a leer si ehhs eso si uno le dice ven a comer, pon la mesa, se enoja, es flojo pero igual lo hace, sii es flojo (risas)

***D: ayuda con las tareas***

E: si , si si , si pero igual no le gusta, cambia las sabanas de su cama, hace su cama ehhs esas cosas

***D: ¿Usted cree que allá logrado mayor independencia?***

E: Si po, con todo eso si , sii ha sido mucho la independencia , si porque el igual parece que demostrara, parece que fuera menos de lo que es, si, y abusa igual de su aspecto, de su condición, a veces como asustar a la gente , agarrarla pal chuleteo, se sienta al lado y saca cosas, y la gente no se da cuenta, de repente se roba las cosas, si ha sacado cosas de las tiendas, ha llegado aquí a la casa y ahí las muestra, y las saca cuando ya no hay más que hacer , siiii (risas)

***D: y usted cree que si él asistiera a terapias complementarias, si tuviese la posibilidad de asistir a hidroterapia, a la terapia del agua, asistir a equino terapia con caballos, a asistir a otras distintas, ¿Usted cree que eso le ayudaría a generar aún más independencia o no? ¿Cree que serían un aporte?***

E: Yo creo que si po, si, si le ayudaría más todavía, si po.

***D: ¿Qué le gustaría que él desarrollara asistiendo a estas cosas? , ¿Qué esperaría usted si tuviera la posibilidad?***

E: Quería que como él estuviera en paz , eso como que me gustaría , porque yo creo que igual cuando uno está en paz, puede fijarse en otras cosas po, que uno esta atormentado no le da espacio a poder observar, poder aprender, entonces eso es lo que me preocupa de él, que es

como si tuviera su alma así inquieta, pero ahora como que cada día , cada año que pasa , como que está un poco más controlado, a veces hay periodos como la adolescencia, fue terrible pero ahora ya está más, poco a poco, como de apoco se está controlando, está más...

**D: Usted cree que asistiendo a terapias complementarias ¿Usted podría ver mejoras? ¿Podría ver avances?**

E: ehhh si, si po, creo que podría ver avances, sii.

**D: ¿En que cree usted que se pueden diferenciar los cambios que produce la farmacoterapia la terapia tradicional como la llamamos, de lo que produce una terapia complementaria o alternativa?**

E: los cambios

**D: Si**

**D: ¿En que cree usted que se diferencian en lo que produce una y lo que produce la otra?**

E: es que yo creo que los fármacos en algunos momentos pueden ser puentes para aprender, para poder concentrarse más y aprender las terapias complementarias, es que no, no creo que los dos sean que estén en la misma posición, no, yo creo que uno puede ser puente para lo otro

**D: a partir de todo lo que ha descrito, de la mejoría que ha visto de alejo, de la percepción de todos estos procesos que él ha vivido, ¿Usted recomendaría a padres que sus hijos asistan a equino terapia o terapias complementarias?**

E: Si por supuesto

**D: ¿Por qué lo recomendaría usted?**

E: porqueeeee, porque yo creo que de alguna forma, ellos van a ver avances y les va a hacer bien, también por poder viajar en... no sé si tienen auto, que viajen con sus papás, compartan si es que tienen los tiempos también, que vayan a las terapias, que conozcan otras cosas los niños igual necesitan ir, noo, les va hacer bien, si

**D: ¿Usted lo calificaría como positivo?**

E: Si positivo

**D: ¿Usted apoyaría el que su hijo asista a otra terapia complementaria?**

E: Si, yo creo que sí, tendría que ver cuánto cuesta si (risas)

**D: Pero si se diera la posibilidades como dice usted se han dado dentro del colegio ¿Lo apoyaría?**

E: Si

**D: ¿Quien toma las decisiones en este caso si se tuviera que tomar la decisión?**

E: La profesora

**D: La profesora**

E: Si, ósea, no sé si comunica la decisión o... pero hay psicóloga ve, evalúa

**D: Pero si se le propusiera a usted, y tuviera que decir sí o no, ¿Usted lo aceptaría?**

E: Si, si

**D: ¿A cuál terapia le gustaría que asista alejo?**

E: Si, no creo, hidroterapia me gustaría que asistiera pero no hay piscina (risas) si, o no sé lo que sea porque igual les hace bien, cocina, no, no, no, no sé si podría cocinar

**D: ¿De que dependería eso de no sé si podría cocinar, de que el agua le haría bien, de que dependería?**

E: Bueno el cocinar, el gluten, no puede comer gluten, es como celiaco, entonces igual se usa harta harina, hay harta harinas en las cocinas, eso como que me da miedo, que coma harina y otra cosa que tenga gluten, eh... mmm... yyy... mm... pero podría ser un huevo si, lo que pasa que igual tiene ideas medias descabelladas el alejo, entonces, de repente, cuando le da por el fuego si, el fuego, el fuego, casi me quema la casa no sé cuántas veces (risas) por el fuego, entonces ya sabiendo que se prende la cocina, eso ya es un... claro

**D: Por los peligros que pudiera traer**

E: Claro, porque las cosas que se le pueden ocurrir con eso, si, entonces igual es complicado que aprenda esas cosas que tienen que ver con algún riesgo, tiene que... y a veces yo llego y salgo, pero porque tengo que hacer cosas y lo dejo a él con mi hija a él y es súper despistada mi hija, entonces como que se le van cosas, y él es súper pillo el alejo, si... aprovecha.

**D: estas terapias complementarias y la musicoterapia, arte terapia ¿Abren posibilidades para los niños TEA?**

E: si, yo creo que si po, un oficio po, son las puertas a un oficio, claro

**D: ¿En el ámbito laboral dice usted?**

E: si po, yo creo que...

**D: ¿En que otro ámbito cree usted puede ser una apertura a posibilidad, en qué sentido cree usted?**

E: no sé, en el ámbito social igual, porque igual establecen relaciones con otras personas, no sé, si, con los mismos compañeros, con otras profesoras, si po depende donde lo vayan hacer...

**D: ¿Pero usted cree que abren una posibilidad?**

E: Sii po.

***D: ¿Es recomendable?***

E: Si, si es recomendable.