



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

**ANÁLISIS DE CASOS PSICOLÓGICOS EN OPCIÓN AL TÍTULO DE
PSICÓLOGO**

TÍTULO

**INCIDENCIA DE LA RELACIÓN TERAPEUTA – USUARIO – PADRES DE
FAMILIA EN EL DESARROLLO DE LA AUTONOMÍA DE NIÑOS CON
NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES**



Autor

EDISON DARIO MEZA ALAY

Tutora

PSC. JESSICA MORALES. MSC

GUAYAQUIL, SEPTIEMBRE 2017

DEDICATORIA

A Dios quien es el ser más increíble que he conocido y quien le da color a mi vida,
quien toma el control de mis ideas y me ayuda a lograrlas creativamente,
el que me muestra día a día lo que debo hacer y cómo hacerlo,
y quien me llena de su Gracia, de su Amor y de su Paz.

A mis padres Juan Meza y Ermita Alay de Meza quienes con sus consejos
me guiaron y mostraron una inigualable y maravillosa forma de vivir
con sus palabras y ejemplos tan congruentes y llenos de Fe.

A mis hermanos Nicolle, Selena e Isaac con quiénes puedo contar siempre
Y con quienes puedo llevar a cabo cada una de las ideas y vivirlas.

A mi princesa Meyli a quién tengo en cada uno de mis pensamientos,
ella que con cada sonrisa y cada una de sus ocurrencias me alegra la vida.

Los Amo Mucho.

Edison Meza Alay

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios, a mis padres, a mis hermanos, a mi sobrina y amigos por haber estado en el momento justo y porque seguirán estando.

A mis amigos y muy especialmente a mi amiga María Gabriela Sánchez por su acompañamiento, por compartir conmigo de su conocimiento y por su ayuda.

A Karla Lisette Lozano quien me recuerda lo importante que es el no enemistarse con los demás.

A mis maestros, aquellos que marcaron el transcurrir de mi formación profesional.

A mis tutoras que estuvieron presentes en este proceso investigativo.

A todos mis amigos por compartir los buenos y malos momentos.

Edison Meza Alay

Pero la sabiduría que es de lo alto es primeramente pura, después pacífica, amable, benigna, llena de misericordia y de buenos frutos, sin incertidumbre ni hipocresía.

Y el fruto de justicia se siembra en paz para aquellos que hacen la paz.

Santiago 3:17-18



Universidad de Guayaquil

**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CARRERA PSICOLOGÍA
UNIDAD DE TITULACIÓN**

**INCIDENCIA DE LA RELACION TERAPEUTA – USUARIO – PADRES DE
FAMILIA EN EL DESARROLLO DE LA AUTONOMÍA**

Autor: Edison Dario Meza Alay

Tutora: Psc. Jessica Morales. Msc

RESUMEN

La presente investigación parte del enfoque cualitativo basado en el estudio de casos, con un diseño de tipo narrativo y a la vez de investigación-acción que nos permite entender como los diferentes participantes de esta investigación perciben los acontecimientos vividos. Se tomó en consideración la experiencia adquirida en el lugar de las prácticas preprofesionales que fue el principal factor para incurrir en el tema. El propósito del estudio es demostrar la incidencia de la relación terapeuta – usuario – padres de familia en el desarrollo de la autonomía de niños con necesidades educativas especiales (NEE) asociadas a discapacidad del Centro Integral de Equinoterapia (CIE) de la Fundación Guayas Avanza. Para la recolección de datos se emplearon varias baterías que dotaron la investigación con la información necesaria para corroborar el tema planteado. Los resultados obtenidos reflejaron que es necesario que se entrenen e incluyan a los padres o cuidadores dentro de los procesos de enseñanza y aprendizaje, que se mantenga una comunicación periódica de avances y actividades a realizar como forma de reforzamiento con el fin que aporten al proceso terapéutico y al desarrollo del niño.

Palabras clave:

Necesidades educativas especiales, discapacidad, relaciones de intervención, autonomía.



Universidad de Guayaquil

**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CARRERA PSICOLOGÍA
UNIDAD DE TITULACIÓN**

**INCIDENCE OF THERAPIST RELATIONSHIP - USER - PARENTS IN THE
DEVELOPMENT OF AUTONOMY**

Autor: Edison Dario Meza Alay

Tutora: Psc. Jessica Morales. Msc

ABSTRACT

The present investigation starts from the qualitative approach based on the case study, with a design of narrative type and at the same time of investigation-action that allows us to understand how the different participants of this investigation perceive the lived events. Consideration was given to the experience gained at the place of the pre-professional practices which was the main factor in the issue. The purpose of the study is to demonstrate the incidence of the therapist - user - parents relationship in the development of the autonomy of children with special educational needs (SEN) associated with disability at the. For data collection, several batteries were used, which provided the research with the necessary information to corroborate the subject matter. The results showed that it is necessary to train and include parents or caregivers within the teaching and learning processes, to maintain a periodic communication of progress and activities to be carried out as a form of reinforcement with the purpose that contribute to the therapeutic process and child development.

Keywords:

Special educational needs, disability, intervention relationships, autonomy.

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA.....	
RESUMEN	
ABSTRACT	
ÍNDICE	
INTRODUCCIÓN	1
MARCO TEÓRICO.....	2
1.1 Necesidades Educativas Especiales asociadas a discapacidad	2
1.2. Las Relaciones de Intervención	5
1.2.1 El terapeuta, su relación para un desarrollo eficaz	5
1.2.2 Padres de Familia, la familia y su relación para un desarrollo eficaz	7
1.3 Autonomía.....	10
1.3.1 Hábitos Básicos de Autonomía Personal	11
1.3.2 Adquisición de la autonomía a partir del trabajo en conjunto de Profesionales y Familia en general.....	12
2.1.- Selección y definición del caso.	17
2.1.1.- Ámbitos en los que es relevante el estudio:	17
2.1.2.- Problema:	18
2.1.3.- Preguntas de Investigación:	18
2.1.4.- Objetivo de la investigación:	19
2.1.5.- Sujetos de Información:	19
2.1.6.- Fuentes de datos:	20
2.1.7.- Constructos del estudio	20
DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS POR CASO	21
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	23

4.1.- ANALISIS DE RESULTADOS POR TECNICAS APLICADAS.....	27
Cuestionario para padres Evaluación Neuropsicológica Infantil (ENI)	27
Historia Psico- Educativa de niños	28
Entrevistas semiestructuradas a padres	29
Entrevistas semiestructuradas a Terapeutas	33
Registro de observación	36
Cuestionario de Percepción del Funcionamiento Familiar (ff-sil)	38
Escala de inteligencia de Goodenough.....	39
Inventario de Habilidades Básicas e Instrumentales de Autonomía	40
4.2.- ANÁLISIS INTEGRADOR DE LOS INSTRUMENTOS APLICADOS (TRIANGULACIÓN)	44
4.3.- DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	46
CONCLUSIONES.....	49
RECOMENDACIONES	50
BIBLIOGRAFÍA	51
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

La discapacidad y los temas que se desenvuelven alrededor de ella cobran cada vez más importancia en el día a día de la sociedad, el respeto a los derechos de las personas que pasan por algunas de estas condiciones es uno de los principales motores de acción de varias organizaciones privadas y estatales, de igual manera temas como la aceptación, la integración e inclusión son importantes componentes que intentan sensibilizar y a su vez generar que se movilicen varios aspectos necesarios para un mayor progreso como lo son: la adecuación de espacios, igualdad de oportunidades, participación en la comunidad, todo esto con la intención de lograr una futura autonomía. En relación a esto el estado ha establecido decretos que tienen como fin aumentar avances en la atención, así como la construcción o adecuación de lugares en los que se les brinde ayuda terapéutica, estos lugares tienen buena acogida y cada vez tienen una mayor afluencia de personas que requieren de los apoyos que ofrecen estas instituciones.

En la actualidad en estas instituciones que dan acogida a personas con alguna condición de discapacidad cumplen el rol de recibir a los usuarios en las diferentes áreas y llevar a cabo sesiones en las que procede a intervenirlos aplicando diversos métodos y técnicas que ayuden al desarrollo de la persona con discapacidad, el trabajo que se lleva a cabo en estas instituciones se hace con el propósito de mejorar la calidad de vida de estas personas y el de sus familiares.

La atención que se presta en estos centros o instituciones y en las diversas áreas debería estar enfocada en dotar a los usuarios, padres de familia o cuidadores de la información necesaria para que se pueda abordar la discapacidad de manera en que no se la encasille como una minusvalía, sino que se les motive a potenciar el desarrollo de la persona que presenta esta condición. En algunos lugares no se conoce o no se tiene presente a los padres como uno de los principales agentes de cambio, es por eso que se decide enfocar el estudio en conocer el tipo de relación que se da entre los terapeutas, niños y padres de familia o cuidadores y cómo esta influye en el desarrollo de la autonomía, si se presenta o si es escasa, y que tan necesario es que exista una mayor interacción entre estos tres.

Entre los objetivos se tiene presente el proponer una forma de orientar a los padres a ser partícipes del proceso terapéutico como coterapeutas a través del reforzamiento de lo trabajado en su rehabilitación, pero desde el hogar, a través de actividades cotidianas o de formas de atraer su interés a aprender por medio de técnicas o actividades creativas.

MARCO TEÓRICO

Como ya se propuso anteriormente a continuación veremos varios contenidos que nos ayudaran a delimitar lo que conocemos del tema de investigación y a la vez a profundizar en áreas desconocidas con el fin de fijar nuestra mirada en aquellos aspectos de relevancia al momento de educar e intervenir a aquellas personas que transitan por alguna discapacidad.

Es importante destacar que el estudio de casos psicológicos sobre la Incidencia de la relación terapeuta – usuario – padres de familia en el desarrollo de la autonomía se llevó a cabo gracias al aporte de terapeutas, usuarios que son niños con Necesidades Educativas Especiales (NEE) asociadas a alguna discapacidad y padres de familia o cuidadores que asisten regularmente al Centro Integral de Equinoterapia (CIE) de la Fundación Guayas Avanza. A través de este estudio se hace énfasis en cómo estas relaciones que se establecen alrededor del niño pueden favorecer a la autonomía, se explorará si se presentan en todos los casos, lo necesario de que los padres tengan apertura para participar activamente dentro del proceso enseñanza- aprendizaje, entre otros temas.

Para comprender la problemática se abordarán los siguientes conceptos:

1.1 Necesidades Educativas Especiales asociadas a discapacidad

Para conocer un poco más del tema empezaremos desglosando desde las generalidades lo que se conoce como discapacidad para luego abordar las necesidades educativas especiales asociadas o no a la discapacidad haciendo énfasis a esta última como tal.

La Agenda Nacional para discapacidades (2013-2017) se define a la discapacidad como la restricción o ausencia de carácter permanente de la capacidad de una persona para realizar una actividad de acuerdo a su edad, sexo y cultura, debido a una deficiencia, entendida como la pérdida o anormalidad de una estructura o función por enfermedad genética, congénita o adquirida (pág. 21), asimismo la OMS (2011) indica que “La discapacidad es compleja, y las intervenciones para superar las desventajas asociadas a ellas son múltiples, sistémicas y varían según el contexto” (pág. 7).

Por otra parte varias organizaciones como la convención de los derechos de las personas con discapacidad, aprobada por las Naciones Unidas en 2006, pretende “promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con

discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente” (Organización Mundial de la Salud, 2011, pág. 7).

Según el informe mundial sobre la discapacidad OMS y BM,(2011) “se estima que más de mil millones de personas viven con algún tipo de discapacidad; o sea, alrededor del 15% de la población mundial (según estimaciones de la población mundial del año 2010)” (pág. 7)”, en cuanto a nuestro país la Agenda Nacional para la igualdad en Discapacidades (2013-2017), muestra varios estudios enfocados en conocer estadísticamente la población con discapacidad, pero para comprender la situación actual de esta población tomamos especial atención a las siguientes cifras arrojadas tras el Censo de la Población y V de Vivienda (INEC,2001), donde se incluyó la variable de discapacidad, los resultados señalan una tasa de discapacidad de 4.7%,y que a diferencia del estudio más actual del VII censo de población y VI de Vivienda (INEC,2010), arrojo que el 5.6% de la población afirmó tener algún tipo de discapacidad. Entre ambas datas, el incremento es de un punto porcentual (pág. 12).

Para aterrizar más en el tema abordado se delimitará lo que se entiende por necesidades educativas especiales (NEE) como aquel conjunto de medidas pedagógicas que se ponen en marcha para compensar las dificultades que presenta un estudiante al acceder al currículo que le corresponde por edad. Cualquier estudiante que tenga dificultades en el aprendizaje por la causa que fuere, deberá recibir las ayudas y recursos especializados que necesite, ya sea de forma temporal o permanente en el contexto más normalizado posible. (Ministerio de Educación, 2016, pág. 7).

En cuanto a la concepción que se tiene de las necesidades educativas especiales asociados con la discapacidad El Ministerio de Educación (2016) determina que son aquellas que acompañan a una persona a lo largo de toda su vida, y se encuentran asociadas a una condición de las personas, estas pueden ser de origen sensorial, motriz, de la comunicación o que afecten procesos cognitivos y por tanto limitan la ejecución de algunas actividades diarias (pág. 15), de igual manera indica (Luque,2013) “El termino NEE hace referencia a las dificultades o limitaciones que un determinado número de alumnos, puede tener en sus procesos de enseñanza-aprendizaje con carácter temporal o duradero (pág. 58).

Tomando como referencia lo mencionado anteriormente y añadiendo lo expuesto por Delgado 2007 (citado de Rodríguez, 2012) Quien hace énfasis en la discapacidad como una construcción social, que va a estar determinada por la interacción social entre quien tiene la limitación o se asume como tal, y los que interactúan con él en el diario vivir. En este sentido, la concepción de discapacidad va a depender de la actitud y la forma en que se construya su significado. Por lo tanto, el papel de la familia, de la escuela y de la sociedad al momento de asumir

una discapacidad va a depender tanto como de la actitud y la experiencia que tengan, como del contexto y el momento en el que estén viviendo (pág. 3).

La discapacidad, sea esta intelectual, sensorial, motora, etc., adopta en la actualidad un triple sentido, de tal modo que no solo se centra en el déficit que la persona presenta, sino que se presta una especial atención a como esta participa en el entorno (Fiuza & Fernandez, 2014), desde aquí se intenta que se forme y se fomente una mayor adaptación del niño con discapacidad a través de “la participación comprometida de todos sus familiares, así como la calidad de vida en la familia, la importancia de contar con organizaciones de padres y profesionales que trabajen conjuntamente para lograr la integración educativa, comunitaria y social” (Guevara & Gonzalez, 2012), como lo reitera de la misma manera el Ministerio de Educación (2016) quien indica que “se dará lugar a reestructurar la planificación, ambiente áulico y demás entornos de aprendizaje, (institución educativa, hogar y comunidad) con acciones dirigidas al mejoramiento del proceso educativo que deberán ser consensuados previo a la evaluación” (pág. 8).

Todo esto para que se lleve a cabo lo que se conoce como la integración e inclusión, pero para que se logre el éxito de la inclusión no depende de unos pocos o de los que están capacitados, más bien es una tarea compartida, para la cual se requiere de un trabajo en equipo y de calidad, que redunde en beneficio de los estudiantes con necesidades educativas especiales” (Guevara & Gonzalez, 2012, pág. 1043), De igual forma Marchesi, Coll & Palacio, 1999 (citado de Rodríguez, 2012) exponen que la educación inclusiva implica un cambio profundo, no solo a nivel de estructura y preparación, también al crear conciencia y compromiso social, un cambio de actitud por parte de maestros y familias al ofrecer las mejores condiciones educativas para que los niños y niñas potencien o desarrollen una serie de habilidades que no se vean frenadas por las necesidades educativas que presenten (pág. 8).

Es importante destacar lo que menciona Luque (2013) El contexto donde se desarrolla un individuo con discapacidad influye en su realización y crecimiento como persona, favoreciendo o limitando su independencia. De este modo, un entorno centrado en las dificultades y no favorecedor de sus potencialidades y habilidades, puede situarle en una situación de desventaja social y cultural (pág. 58).

En definitiva y tomando en cuenta lo expresado anteriormente por los diferentes autores quienes defienden que es necesario que exista una mayor inclusión no solo como la ley lo menciona al colocarlo en un papel, sino que se preste real atención a que se creen los medios para que se materialice la inclusión como tal, como lo mencionan Guevara & Gonzalez, 2012 “La calidad de vida de una persona con discapacidad no está solo en función de la deficiencia y podría ser maximizada a

través de la apropiada provisión de apoyos individualizados provenientes del entorno familiar y social” (pág. 1043), ideal que comparte Luque (2013) quien enfatiza que “la sociedad y la comunidad donde convive la persona con discapacidad, es responsable de crear un entorno accesible que permita su desarrollo y su participación plena de las diferentes facetas de la vida en sociedad” (pág. 58).

1.2. Las Relaciones de Intervención

Como segundo aspecto se hace referencia a las relaciones de intervención enfocándonos en el trabajo en conjunto que debe llevarse a cabo para obtener mejores resultados en el proceso de enseñanza aprendizaje con el fin de garantizar el goce pleno, mayor inclusión, evolución y desarrollo de la autonomía. Como lo Mencionan Llavona & Méndez (2012) “Un mejor futuro para las personas con discapacidad va a depender en buena medida de la Colaboración entre padres, familia y profesionales” (pág. 107), en relación a esto se analizan las siguientes relaciones:

1.2.1 El terapeuta, su relación para un desarrollo eficaz

En este sentido, se delimitarán lo que se deduce como terapeuta, su labor y quienes la asumen y cuál es el papel del psicólogo ante esto.

Es muy necesario que la intervención hacia un niño con NEE asociadas a la discapacidad lo realicen “profesionales tengan una buena base teórica, es decir, que sepa lo que es dicha discapacidad, cual es la etiología, cuáles son los cuidados para dar respuesta a las dudas y preguntas de la familia” (Guevara & Gonzalez, 2012, pág. 1032), esto con el fin de que se dé una mayor adaptación de la familia ante la condición de discapacidad del niño. Por consiguiente, se podría decir que “la tarea del terapeuta consiste en entender el sentido de la interpretación problemática, y promover alternativas más viables en relación a la realidad tanto interna como externa (Sepulveda, y otros, 2012).

Entre los profesionales que ejercen el rol de terapeuta están aquellos que brindan atención en diversos lugares de acceso público y privado, también están aquellos conocidos como “Equipos de Orientación Educativa y Pedagógica (EOEP) son grupos especializados de apoyo externo a la escuela y de configuración interdisciplinar , en estos se encuentran profesionales de las ramas de la Pedagogía, Psicología, Trabajo Social, Educadores, Maestros en audición y lenguaje” (Lopez, 2012, pág. 172).

Según Urrego, Aragón, Combita & Mora, 2012 (citado de Apesteguy, 2015) indican que “es imprescindible el apoyo de diversos profesionales a los padres, acompañarlos a transitar el duelo, brindarles la información adecuada y certera de la discapacidad que presenta su hijo, así como también orientarlos y ofrecerles diferentes estrategias a emplear con el niño (pág. 22), respecto a esto Schipper & Schuengel, 2010 (citado de Buzzo, 2014) hacen referencia a que un entorno de cuidado especializado en donde se encuentran cuidadores profesionales para ello, puede ofrecerle al niño la protección y el apego seguro que este necesita si en el hogar no se estuviera llevando a cabo. Los mismos le proporcionarán al niño la atención adecuada, llegando a convertirse en posibles figuras de apego complementarias (pág. 14).

De la misma manera Feixas y Villegas 1993 (citado de Sepúlveda, y otros, 2012) plantean lo siguiente “Es necesario que los profesionales involucrados particularmente el psicólogo tengan muy en claro que ser una familia con un miembro con discapacidad no debe ser sinónimo de la familia patológica o infeliz (pág. 14), estos mismos autores se refieren al rol del psicólogo como terapeuta y mencionan que “en psicoterapia la persona que consulta y el terapeuta, trabajan en forma colaborativa, cuasi científica, en una tarea de indagación, cuyo objetivo es una construcción alternada de la realidad” (pág. 14), basándonos en esto y vinculándolo a las NEE asociadas a la discapacidad se deduce que se necesita de un trabajo colaborativo en donde cada una de las partes que se relacionan con el niño aporte para una mayor eficacia en el proceso del tratamiento, como lo resalta Sepúlveda, et al, (2012) “el clínico constructivista evolutivo favorece el proceso de crecimiento de la persona, guiándolo en el descubrimiento de nuevas formas de significar la relación de sí mismo con la realidad (pág. 14), en este sentido entendemos la forma de trabajar de algunos terapeutas y psicólogos quienes al abordar a niños con NEE asociadas a la discapacidad se basan en la experimentación, el descubriendo y aprendizaje a partir de la participación activa del niño y la familia como lo menciona por su parte Sepúlveda (2012) “en las diferentes sesiones se utilizan diferentes métodos y técnicas, realizándose diversos tipos de actividades según los intereses del niño y las características de su desarrollo psicológico” (pág. 18). Por otra parte García Eligio de la Puente 2004, (citado de Riccardi, 2014) indica que el trabajo directo del psicólogo con las personas con discapacidad resulta fundamental y puede llevarse a cabo de forma individual y colectiva en pequeños grupos, aplicando métodos y técnicas psicoeducativas, reeducativas y psicoterapéuticas, tales como juegos de diferentes tipos, actividades artísticas, actividades plásticas, etc. (pág. 34).

De la misma manera Buzzo (2014) indica que las prácticas psicológicas en la discapacidad implican un cambio radical en la praxis, ello significa trabajar desde lo singular y no desde lo individual, promoviendo espacios y movimientos destinados

a beneficiar la subjetividad de la persona con discapacidad, como también espacios donde la familia pueda involucrarse, informarse y participar (pág. 4), por consiguiente Guevara & Gonzales (2012) mencionan que los padres requieren del apoyo de la psicología en dos sentidos: en forma de entrenamiento, de modo que les apoye para manejar mejor las conductas de sus hijos y de forma de intervención directa para regular las interacciones familiares con ambos apoyos se podría ver un gran avance en la disminución del estrés y un aumento en la conciencia y participación en favor del niño con discapacidad (pág. 1037).

En este sentido Luque, (2013) expone que “Desde una vertiente educativa, la discapacidad va a depender tanto de las limitaciones funcionales de la persona, como de las ayudas disponibles en el contexto (pág. 58). Por esta razón se hace énfasis en que es necesario que la familia que tiene a un niño con NEE con o sin discapacidad cuente con ayuda profesional y de redes de apoyo ya que “se deben ofrecer no solo servicios a las personas con discapacidad sino también a las familias cuidadoras” (Riccardi, 2014, pág. 34). De esta manera llevándose a cabo un trabajo complementario del psicólogo, terapeuta y familia como lo menciona Laura Noroña quien defiende que “se debe trabajar en un solo discurso con la familia, escuela y con todo el entorno del niño para lograr conectarlos” (El Universo, 2015).

1.2.2 Padres de Familia, la familia y su relación para un desarrollo eficaz

Es importante destacar a la familia como el primer lugar donde se da el desarrollo del niño y para profundizar en la familia como tal tomamos como referencia a Minuchin, 1998 (Citado de Handal , 2014) con “el paradigma sistémico que considera a la familia como un sistema vivo, que desde el momento de su constitución, posee un tipo de estructura y cuenta con diferentes recursos que lo llevan a consolidar un determinado modelo familiar” (pág. 55), asimismo hace énfasis en “que la estructura familiar es definida por un grupo invisible de demandas funcionales que establecen la forma en que interactúan los miembros de la familia” (pág. 56). En otro de sus apartados Salvador Minuchin 2004 (citado de Nuñez, 2013) plantea que la familia, es el contexto natural para crecer y recibir auxilio. La misma es un grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción que constituyen la estructura familiar, esto a su vez rige en el funcionamiento de los miembros de las familias, define su gama de conductas y facilita la interacción recíproca (pág. 8).

Por otra parte Guevara & Gonzales (2012) mencionan que dentro de la familia, el nacimiento de un niño con discapacidad es considerado un momento de ruptura, donde surge una separación física entre padres e hijos, la constante preocupación por parte de los padres sobre el rechazo de la sociedad, la restricción de

oportunidades educativas, laborales e institucionales, la posibilidad de que se conviertan en personas más vulnerables y el cuestionamiento en el ejercicio de la paternidad hacia sus niños con discapacidad (pág. 1044), al respecto de esto Alonso Peña et al 2007 (Citado de Nuñez,2013) menciona que La mayoría de los padres vivencian inicialmente sentimientos de miedo, confusión, rabia y ansiedad, así como también el deseo de que aquello no esté sucediendo, estado de shock, dificultad para poder comprender la información por parte de los profesionales de la salud, incredulidad ante lo que le sucede a su hijo, un dolor imposible de describir, la sensación de estar viviendo una pesadilla, enojo y deseos de buscar un culpable. Se sienten confundidos al recibir la noticia de la confusión del niño ya que reciben información que escapan de sus conocimientos, por lo cual deben buscar medios para profundizarla. Por otra parte, sienten la impotencia de no poder cambiar lo que está sucediendo, ira y rabia al enfrentarse ante dicha situación que le es inesperada y les genera un gran dolor, creen que no tiene el control de la situación (pág. 24). Aunado a la situación Guevara & Gonzales (2012) indican que las madres logran una mayor adaptación cognitiva cuando solicitan ayuda para mejorar su estado de ánimo y reforzar su autoestima, buscan información sobre la condición de su hijo, asisten a un centro educativo que les provee de información y enseñanza a sus hijos, buscan beneficios positivos de su experiencia tales como la unión de la pareja y la familia, Y trabajan en el desarrollo de las percepciones optimistas (pág. 1034), también hace referencia que para que el impacto de la discapacidad sea menor, se debe llevar a cabo la intervención desde el nacimiento del niño si es posible, ya que así la familia estará preparada e informada sobre dicha discapacidad y con ello favorecerá que el desarrollo del niño se haga de una manera más rápida y comience a realizar más prontamente las cosas que los padres desean como hablar caminar, realizar actividades por sí solo (Guevara & Gonzalez, 2012).

Siguiendo la perspectiva de Rodríguez (2012) quien indica que, dependiendo del caso, de los recursos de la familia y de las condiciones de vida de esta se puede afrontar de diferentes formas una discapacidad. Es preciso saber que un niño con discapacidad requiere de mayores cuidados físicos y mayor dedicación, y esto no solo se reduce al tiempo que brinden los padres a su hijo, sino también los recursos económicos de los que dispongan y las redes de apoyo que tengan. La manera en que los padres llegan a desarrollar estrategias ante la discapacidad de su hijo, formas de pensar, de actuar y de relacionarse (pág. 5).

Por otra parte, Buzzo (2014) señala que sea cual sea la discapacidad que atraviese al niño y los métodos de afrontamiento que utilicen los padres, las personas con discapacidad podrán desarrollar todo su potencial como el resto de las personas sin discapacidad, solo que lo harán de manera más lenta y adecuándose a la discapacidad que poseen. Esto dependerá en gran manera de contar con una familia que les brinde amor, que acepte, que los haga sentir incluidos, que les dé la

posibilidad de ser lo más autónomos posibles y de contar con el apoyo de profesionales que primero crean en ellos como personas y luego como personas con discapacidad (pág. 16).

Llama la atención que en repetidas ocasiones los autores hagan énfasis en la familia y su labor como tal como lo expresa Apesteguy (2015) “Es fundamental el apoyo que deben tener las familias para poder lograr vínculos afectivos sanos con el niño discapacitado, ya que esto influye en el desarrollo emocional del mismo” (pág. 4), como lo menciona dentro de sus apartados el Ministerio de Educación (2016), Es Necesario hacer partícipe a los padres de la intervención que se realizara para que apoyen el proceso de modificación (pág. 7).

Basados en lo que dice Llavona & Méndez (2012), se determina que es necesario que “los padres y profesionales deben hacer todo lo posible para proporcionar tanto un medio ambiente tranquilo y apropiado como los objetos adecuados según la edad del niño para ejercitar su ingenio” (pág. 108), a esto se añade lo que menciona Guevara & Gonzales (2012) quien hace alocución a las madres por ser una de las figuras más presentes en el desarrollo del niño indicando que hay que trabajar con ellas para ayudarlas a “modificar, adquirir, cambiar, mejorar, ajustar algunas pautas o estrategias de interacción que despliegan en sus casas durante las actividades diarias de juego. Alimentación o baño, para que el trabajo de atención temprana pueda considerarse completo” (pág. 1041).

Las afirmaciones anteriores dejan claro que para que se den resultados positivos es necesario que exista una mayor participación de los padres en el tratamiento de los hijos, para que estos puedan dar su opinión, sean activos en el proceso de tratamiento y rehabilitación de su hijo, lo cual hace necesario el acceso a la información que podrá facilitar la búsqueda de estrategias para enfrentar los problemas (Guevara & Gonzalez, 2012), Sobre el asunto (Cabrera, Suarez & Acuña, 2013) indican que es necesario que la familias sepan los progresos de sus hijos en el aprendizaje, los padres y la institución necesitan tener un mayor enlace entre las dos para involucrar a los primeros en los procesos de formación académicos, en los cuales ellos sean protagonistas con sus hijos en los avances de ellos mismos, esto afirma la importancia de una planificación de apoyos adecuada, así como una retroalimentación (pág. 14).

1.3 Autonomía

Como un tercer aspecto se aborda la autonomía y los temas relacionados a la misma, desarrollo de destrezas y los hábitos básicos de autonomía

Tenemos como Autonomía lo referido por Wehmeyer, et. al.,1996 (Citado de Garcia, Perez, Guillen, Gordillo, & Aguilar, 2013), quien expresa que una conducta es autónoma si la persona actúa según su propias preferencias, intereses y/o capacidades, e independientemente, libre de influencias externas o interferencias no deseadas, como es obvio, nadie es totalmente independiente o autónomo por completo, por lo que siempre debemos pensar en la interdependencia de unos con otros (pág. 597), vinculado a este concepto Martínez de Carnero menciona que “autonomía también es la capacidad que nos permite entre otras cosas afrontar los diferentes aspectos de nuestra vida diaria tomando la iniciativa propia para decidir” (pág. 5), como complemento este mismo autor se refiere a la autonomía como la presencia de una “capacidad para”, o porque no decirlo de poseer un conjunto de habilidades, aprendizajes, o repertorio conductual, que engrosen esa disposición para poder controlar, afrontar, por iniciativa propia nuestra acción (pág. 3), y se enfoca en que “autonomía es también entre aquello que tiene que ver con el saber hacer, de aquello que tiene que ver con el saber elegir o decidir” (pág. 4).

Dentro de ese marco Schalock y Verdugo 2003 (Citado de Garcia, Perez, Guillen, Gordillo, & Aguilar, 2013) mencionan que toda persona con independencia de sus limitaciones, puede progresar si se le ofrece el apoyo adecuado. Los apoyos se convierten así en el corazón de esta concepción. Apoyos que, en diferentes tipos según la intensidad requerida, van a generar impactos sensibles en la calidad de vida de las personas (pág. 601).

En efecto como lo expresa Riccardi (2014) Una relación saludable con sus figuras de apego les permite experimentar la sensación de que son aceptados a pesar de sus defectos o los errores que cometan. Entonces, cuando las interacciones tempranas han sido positivas, el niño es capaz de desarrollar sentimientos de autonomía “puedo hacer esto solo y puedo hacerlo bien” (pág. 29). Asimismo (Llavona & Méndez, 2012) indican que “la autonomía es necesaria, ya que está estrechamente ligada a la autoestima” (pág. 108). Y para lograr la autonomía (Martínez de Carnero) aluden “que hay que mejorar y desarrollar las capacidades básicas que permitan al individuo con discapacidad llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria” (pág. 5).

1.3.1 Hábitos Básicos de Autonomía Personal

Según lo expuesto en el estudio y para profundizar en el tema incurrimos en los hábitos básicos que toda persona realiza y cómo estos nos llevan a una autonomía, Comellas 2000 (citado de Llavona & Méndez, 2012) Se refiere al hábito como una conducta aprendida que se lleva a cabo cotidianamente y se ejecuta con cierta corrección sin requerir del control, presión o respuesta del entorno, mientras que considera la autonomía como un factor favorecedor de la madurez personal que posibilita que el individuo tome decisiones Y resuelva de forma activa los requerimientos y las exigencias con que se encuentra (pág. 115), de acuerdo con esto la correcta instauración de los Hábitos Básicos de Autonomía Personal (HBAP) implica la puesta en marcha de mecanismos cognitivos, motrices, emocionales y relacionales desde edades muy tempranas (Llavona & Mendez, 2012, pág. 115).

Atendiendo a estas consideraciones Llavona & Méndez (2012) con respecto a los HBPA se incluyen los siguientes: 1) alimentación: uso de cubiertos, comportamiento en la mesa y dieta; 2) Vestido: Calzarse, abotonarse y elección adecuada de la ropa; 3) sueño: Inicio y mantenimiento del sueño nocturno, y establecimiento del ciclo del sueño- vigilancia adecuado; 4) aseo e higiene: uso del baño, cepillarse los dientes e higiene corporal en general; 5) orden: recoger y ordenar la habitación, objetos y juguetes, y 6) habilidades sociales relacionadas con desplazamientos, compras o encargos (pág. 115).

Para que el niño con NEE asociadas a la discapacidad pueda llegar a realizar algunos de estos HBAP se debe considerar lo mencionado por Guevara & González (2012) quien menciona que “la familia es parte esencial a la hora de orientar y generar recursos y servicios para el bienestar de la persona con discapacidad” (pág. P), así como lo expone Llavona & Méndez (2012) en “el niño pequeño, el desarrollo motor está vinculado con el desarrollo emocional armónico, ya que psiquismo y motricidad están íntimamente fusionados. El desarrollo global de su personalidad lo obtendrá a través de su corporalidad” (pág. 107),

Para que esto se dé Según Guevara & Gonzales (2012) es necesario contar con programas bien estructurados que les dé a los padres y otros familiares la oportunidad de tener una mejor interacción con sus hijos y con los otros miembros del grupo social (pág. 1037), con el objetivo de generar estructuras de pensamiento y trabajo en un plano de colaboración familia-profesionales en lugar de establecer una jerarquía profesional-familia. En la cual esta última sea solamente receptora pasiva de las orientaciones e intervenciones (pág. 1039) bajo un modelo de formación de padres se asumía que los padres debían aprender un conjunto de habilidades para trabajar en casa bajo la orientación y control del profesional (pág.

1040), considerándose así a los padres como un complemento muy necesario a la labor del profesional.

Por otra parte Buzzo (2014) indica que el niño con discapacidad puede seguir una evolución psíquica similar a la de cualquier persona sin discapacidad, aunque con mayor necesidad de que se lleven a cabo relaciones de apego seguro, las cuales servirán de ayuda en las diversas dificultades por las que tendrá que atravesar de ahí el interés que se suscita en que los padres puedan establecer tales vínculos a pesar de las dificultades que puedan encontrar para lograrlo (pág. 13), Llavona & Méndez (2012) también hacen énfasis en que se practiquen las demostraciones de disponibilidad, aceptación, apoyo y afecto hacia los hijos, que necesitan invariablemente sentir durante su desarrollo que son queridos y aceptados por sus padres. Por otro lado, para aprender un patrón de conducta socialmente aceptable, necesitan ser supervisados, controlados y disponer de ciertas normas y límites. Todo ello permite a los hijos desarrollar sus procesos de autorregulación y un ajuste psicosocial adecuado (pág. 61).

1.3.2 Adquisición de la autonomía a partir del trabajo en conjunto de Profesionales y Familia en general

Esta investigación discute la importancia del trabajo en conjunto de familia y profesionales como la forma más conveniente de llevar a cabo una mayor evolución y desarrollo de autonomía del niño con NEE asociadas a la discapacidad, desde aquí la necesidad de que la intervención con la familia debería enfocarse, además en brindar orientación a los padres para diseñar un entorno familiar que favorezca la adquisición de habilidades del niño. Candel 2004 (citado de Riccardi, 2014) afirma que un medio ambiente estructurado y rico en estímulos va a ayudar al niño en este propósito, siempre y cuando no se lo sobre estimule, insistiendo en la conveniencia de una estimulación natural, aprovechando las situaciones ordinarias que se presentan en la vida cotidiana (pág. 31).

Referido a esto Riccardi (2014) indica que la familia debe ser considerada parte del equipo de atención temprana, incluyendo a los padres como coterapeutas del equipo, generando instancias de sesiones conjuntas donde se definan metas realistas y se discute el procedimiento a seguir para alcanzar determinado objetivo: como se llevará cabo, en que momento del día, en que espacio físico del lugar, que materiales se utilizaran (pág. 31).

Para que se dé incremento de autonomía en los niños con NEE asociadas a discapacidad Llavona & Méndez (2012) refieren lo siguiente “para lograr una evolución los padres con su comportamiento, podrán favorecer u obstaculizar el

camino” (pág. 106) y añadimos lo que menciona Sepúlveda et al, (2012) con respecto al que hacer del psicólogo y la familia a través de estrategias efectivas y comprobadas como “el juego que otorga oportunidades de crecimiento físico, emocional, cognoscitivo, social y moral; es decir desde el punto de vista constructivista evolutivo, favorece el desarrollo psicológico de la persona, en las distintas áreas, cognitiva, afectiva, social y moral (pág. 28), en este sentido Schaefer (2012) señala que “las intervenciones derivadas de la teoría del aprendizaje social también enfatizan el aprendizaje por información y los aspectos más cognitivos del comportamiento, lo que proporcione buena parte del impulso para el desarrollo de la terapia cognitiva” (pág. 315).

Profundizando en las afirmaciones anteriores tomamos como referencia lo expresado por (Álvarez, 2013) “La teoría cognitiva sostiene que pensamiento, emoción y comportamiento son tres sistemas interdependientes; el cambio de uno de ellos determinara un cambio congruente en los otros dos” (pág. 18), así mismo (Schaefer, 2012) manifiesta que “la terapia cognitiva se desarrolló como una aproximación estructurada y dirigida a ayudar a los individuos a transformar su conducta mediante el cambio en el pensamiento y las percepciones que le subyacen” (pág. 315), de igual manera retomamos a (Álvarez, 2013) quien concuerda mencionando que “la Terapia cognitiva es un tratamiento que produce estos cambios centrándose particularmente en la modificación de la cognición” (pág. 18).

Dentro de este marco (Schaefer, 2012), señala que “las intervenciones cognitivas son utilizadas en niños pequeños para ayudarlos a modificar sus pensamientos y aprender habilidades de afrontamiento más adaptadas” (pág. 322). Por otro lado Knell (1993a, 1993b, 1994, 1997, 1998) (Citado de Schaefer, 2012) sostiene que la terapia cognitiva puede ser modificada para emplearse con niños pequeños si se presenta de una forma que les resulte accesible; por ejemplo, mediante el uso de títeres, animales de peluche, libros y otros juguetes para modelar estrategias cognitivas, también expresa que con la aproximación de un modelo de afrontamiento, el modelo (por ejemplo, un títere) puede expresar de manera verbal habilidades de solución de problemas o soluciones a problemas análogos a los enfrentados por el niño (pág. 316).

Por otra parte, Bunge, Gomar y Mandil (citado de Álvarez, 2013) describen “las principales formas de trabajo que se centran principalmente en el juego y el dibujo (pág. 19), vinculado a este concepto (Riccardi, 2014) muestra las concepciones de dos teóricos cognitivo en relación al juego, Piaget(1963) lo considero el paso de la inteligencia sensoriomotora al pensamiento y como uno de los puntos culminantes del desarrollo humano, en tanto agrega que Vygotsky (1967) destacó el aspecto

relacional afectivo, concibiéndolo como un medio que facilita el pensamiento al mundo abstracto (pág. 33).

Es importante destacar lo declarado por Bruner, 1984, Sepúlveda & Larraín 1996 (Citado de Sepúlveda, 2012) La teoría constructivista también ha sido una fuente de estrategias y enfoques terapéuticos novedosos. Como en la aplicación de estrategias de intervención basadas en metáforas y narrativas a través de técnicas de acción, de imágenes y verbales, caracterizadas según la forma en la que se presenta la realidad (pág. 26).

Según Mahoney, 1991, en Niemeyer, 1998 (Citado de Sepúlveda, 2012) indica que la técnica sería como un “ritual”, de construcción de significados, lo que se produce en contextos relacionales. En este sentido se requiere la consolidación de un vínculo terapéutico íntimo entre el paciente y el terapeuta, lo que permite descubrir diversos mundos alternativos para explorar y elaborar, así como también, la participación activa de la persona en la creación de significado, el que se crea a través de la acción, de la participación, de las manipulaciones concretas y representacionales del mundo, permitiendo crear significados lógicos dentro de una estructura de significado coherente (pág. 26), asimismo menciona que la psicoterapia como intervención psicológica está orientada a la facilitación del desarrollo humano, del niño o adolescente y su familia, con el objetivo de lograr un equilibrio interno y externo, posibilitando un mayor bienestar psíquico y una mejor adaptación al medio; a través de diferentes estrategias y técnicas, utilizando la acción, la palabra y la imagen, como formas de comunicación, en un espacio relacional de contención afectiva (pág. 16).

En relación a esto tomamos en consideración lo que expresa Sepúlveda et al, (2012), el mismo refuerza esta idea mencionando que La meta de la psicoterapia evolutiva es el desarrollo humano, en el sentido de cambio, transformación, creatividad y evolución. Las teorías de desarrollo a la base son las teorías cognitivas estructurales y evolutivas, que enfatizan la transformación permanente de las estructuras psíquicas, dándose una progresión evolutiva, una nueva forma de consciencia, una ampliación del vivir en un proceso dialéctico, en el cual las significaciones evolucionan con la persona en la situación terapéutica, siendo el clínico constructivista evolutivo un participante activo en el proceso de crecimiento de la persona. (Sepúlveda, y otros, 2012)

Siguiendo con el punto de vista de Sepúlveda (2012) quien enfatiza que “las diversas técnicas se van dando en forma simultánea, combinándose de modo de motivar al niño y facilitar una participación más activa en cada sesión es necesario incluir al menos dos formas de representación para facilitar diferentes formas de expresión y flexibilizar los procesos cognitivos y afectivos del niño (Sepúlveda, y otros, 2012, pág. 18).

Por estas razones la base en cuanto a la intervención que se puede llevar a cabo se propone el juego como terapia como lo defiende Sepúlveda, et al, 2012 “el juego es el lenguaje mediante el cual los niños se comunican y expresan sus pensamientos y emociones, además de que es inherente divertido y creativo” (pág. 29), en este sentido también declara que las técnicas de juego propiamente tal, esta se encuentra dentro de las técnicas por la acción, en donde la forma de representar la realidad se hace a través del acto o modo actuante, llevándose a cabo en la actividad misma. El juego puede ser espontáneo o guiado, directivo, o de reglas, puede llevarse a cabo en forma individual o grupal (pág. 26). De forma muy particular este autor se enfoca que “a través del juego se puede desarrollar la toma de consciencia del niño hacia su proceso, contacto o emociones surgidas mediante este; el juego es diversión y, por lo tanto, ayuda a establecer el vínculo terapeuta-niño.” (pág. 28), Por otro lado Damián Díaz (citado de Riccardi, 2014) manifiesta que el juego es el medio por el cual avanza el desarrollo psicológico de todo niño, independiente de sus capacidades, propiciando su curiosidad y motivándolo a involucrarse en episodios interactivos y sociales (pág. 33).

Como señala Keegan (citado de Álvarez, 2013) “el juego es una conducta innata, con funciones evolutivas de adaptación y supervivencia. Tiene propiedades terapéuticas que favorecen cambios cognitivos y conductuales” (pág. 20), de acuerdo con esto Del Castillo Pérez (citado de Riccardi, 2014) afirma que el juego tiene ciertas consecuencias a nivel evolutivo para el niño: amplía su conocimiento del mundo físico; se ejercita en la práctica de las relaciones sociales; desarrolla estrategias de cooperación y comunicación con sus iguales, o con los adultos que se relacionan con él en las situaciones de juego (pág. 33).

De este modo cada uno de los actores mencionados anteriormente (terapeuta, Padres de familia o cuidadores) deben establecer una relación en donde el desarrollo del niño en cuestión sea el principal objetivo junto a qué tipo de intervención se llevara a cabo para lograrlo, como lo indica (Luque, 2013) “La reducción o compensación de limitaciones, vendrá de la mano de una intervención o provisión de servicios y apoyos que se centren en el desarrollo de capacidades (pág. 58).

Sobre este asunto Bratton et al, 2005 (Citado de Schaefer, 2012) manifiesta que “cada vez es mayor la evidencia sobre los beneficios de incluir a los padres en el proceso terapéutico (pág. 9), aquellos profesionales o terapeutas que utilizan dentro de sus métodos el implicar a la familia o cuidadores obtienen mayores resultados, enfocan en la interacción, el dotar de prácticas de crianza y fomentar una relación padre e hijo más positiva, esta mejoras fueron siendo evidentes a través del

entrenamiento a los familiares o cuidadores con el fin de que participen como coterapeutas de sus hijos estimulando así en ellos nuevas habilidades.

A partir de esto (Riccardi, 2014) propone lo necesario de “orientar a los padres a proponer actividades que sean funcionales, que sirvan para acciones cotidianas, y que no sean mecánicas, sino que se inserten en el contexto de juegos espontáneos y motivadores” (pág. 32), esto como forma de escuchar la voz de los que están más cerca del niño y aquello que puedan aportar para la mejora de su familiar en desventaja. Es necesario enriquecer el medio en el que se va a desenvolver el niño, fomentando las interacciones con las personas que le rodean. A largo plazo, el objetivo es que el niño se desenvuelva con el mayor grado de autonomía posible la adquisición del conocimiento y aprendizaje de habilidades debe darse en unas condiciones que sean auténticas, incluyendo para ello actividades que reflejen la realidad y las demandas de la vida diaria (Riccardi, 2014, pág. 32).

Al comparar estos conceptos se puede deducir lo necesario de que el ambiente y las relaciones que se dan alrededor del niño con NEE asociadas a discapacidad sean adecuadas, que puedan darse de tal forma que el terapeuta, el usuario y los padres puedan fusionarse en el que hacer terapéutico de modo que no resulte forzoso ni estresante para ninguno, sino que se puedan potenciar cada una de sus actuaciones en conjunto a partir de actividades desarrolladas en su diario vivir o con materiales de fácil acceso que puedan utilizarse para estimular determinadas áreas entorno al juego como lo manifiesta (Schaefer, 2012) Sin importar la edad, el juego tiene muchos beneficios en la vida. Es divertido, educativo, creativo, alivia el estrés y fomenta las interacciones y la comunicación social positiva (pág. 4).

METODOLOGÍA

2.1.- Selección y definición del caso.

Se procedió al estudio de la incidencia de la relación que se da específicamente entre los terapeutas, los padres y niños con necesidades educativas especiales (NEE) asociadas a discapacidad del centro integral de equinoterapia (CIE) de la Fundación Guayas Avanza, abarcando temas relacionados al rol que desempeña cada uno de los grupos antes mencionados, así como también la influencia de estos en cuanto al proceso enseñanza-aprendizaje, como se da este proceso en aquel lugar y si existe la participación de cada uno de los actores de forma adecuada y de no ser así como potenciarla a través de técnicas cognitivo – constructivistas enfocadas en la participación del niño en diferentes actividades que ayuden a maximizar sus capacidades para una futura autonomía, las actividades en las que están enfocadas estas técnicas se darán a partir del uso y realización de tareas que forman parte del diario vivir, o en determinadas áreas del hogar o contexto en el cual se desarrolla el niño, dentro de estas actividades también aquellas que se puedan realizar a partir de la adecuación de algunas áreas o del uso de materiales de fácil acceso, de bajo costo e incluso reciclables con el fin de incluir a la familia en el actuar terapéutico, a partir de esto se intenta formar un aprendizaje significativo y constante que favorezca el desarrollo del niño en cuestión. Nuestra base es la intervención a partir de la participación, compromiso, seguimiento y constancia que pueden realizar los profesionales como terapeutas y padres de familia o cuidadores en conjunto para lograr una mayor mejoría en cuanto al estado o condición del niño.

2.1.1.- Ámbitos en los que es relevante el estudio:

El estudio se llevó a cabo en el ámbito familiar, educativo y social

Dentro del ámbito familiar enfocándonos en la relación o vínculo que debe existir por parte de los padres, así como también de los hermanos y de la familia en general ante la aceptación, cuidado, desarrollo, integración e inclusión de su familiar con alguna condición en específico, a partir de la intervención, participación y compromiso de cada uno de ellos en el actuar terapéutico para obtener un mayor desarrollo.

Desde el ámbito educativo acercando el tema a la relación terapeuta - niño ya que este es el medio en donde fluye la enseñanza y el aprendizaje, a partir de esto se

quiere complementar el trabajo de los mismos con la integración del padre o cuidador al quehacer terapeuta, dando pautas e indicaciones en cuanto a las actividades realizadas y las que se tengan que realizar en otro momento para fortalecer lo aprendido.

En cuanto al ámbito social por las interacciones que se prestan en las diferentes áreas en las que el niño interactúa con otros niños y con sus padres, esta interacción que se da entre padres y niños permite la socialización e intercambio de información principalmente entre padres y cuidadores, información que manipulada de la forma correcta dará como resultado una mayor participación de estos.

El estudio es relevante en estas áreas considerando como eje principal la participación de cada uno de los actores de las mismas, es a través de estas áreas que se puede tener presente el rol de la familia, que papel desempeñará cada uno de sus integrantes y estilos de crianza que se llevan a cabo, el ambiente social o personas que interactúan en los diferentes contextos donde se desenvuelve, así como también se hará énfasis en la colaboración de los profesionales y aquellos esfuerzos educativos que se realizan para el desarrollo del niño.

2.1.2.- Problema:

Este caso fue elegido inicialmente para abordar la poca interacción que se da entre los padres de niños con NEE del centro durante las sesiones o terapias de las diferentes áreas, así como también para potenciar las actividades que realizan cada uno de los terapeutas en favor de una mayor participación por parte de los padres a través de la fomentación de la confianza enfocada a una mayor comunicación que tenga como fin el conocer más acerca de la condición o trastorno del niño, como trabajar y colaborar en el acto terapéutico desde sus hogares para lograr una mayor autonomía.

2.1.3.- Preguntas de Investigación:

- ¿Cuáles son las pautas de interacción que se da entre los padres y terapeutas para la atención a niños del centro integral de equinoterapia?
- ¿Como promover una mayor participación de los padres y cuidadores en el acto terapéutico?
- ¿Cuáles son las barreras que impiden alcanzar mayores niveles de autonomía?
- ¿Cuáles son las técnicas o elementos a utilizar en el desarrollo de la autonomía?

2.1.4.- Objetivo de la investigación:

Objetivo General

Plantear una propuesta de orientación a las familias o cuidadores de niños con NEE asociadas a discapacidad del CIE de la Fundación Guayas Avanza sobre el acompañamiento que se llevaría a cabo para el desarrollo de la autonomía, a través de la exploración de diversas baterías de levantamiento de información que nos abrirían paso a saber el nivel de involucramiento de los padres o cuidadores.

Objetivos Específicos

-Analizar la relación existente entre los terapeutas, padres de familias o cuidadores y niños con NEE asociadas a la discapacidad del CIE de la Fundación guayas avanza, su participación en los procesos de enseñanza-aprendizaje a través de la aplicación de instrumentos de recolección de datos que nos delimitarían cómo esta relación beneficia el desarrollo de la autonomía.

-Describir la relación que se da entre terapeutas y padres de familia del CIE de la fundación Guayas avanza, por medio del análisis de la información obtenida y así tener presente las características de las mismas y si estas favorecen a la autonomía.

-Determinar las actividades que los padres realizan como apoyo para el desarrollo de la autonomía de los niños con NEE de la Fundación Guayas Avanza en el CIE por medio de la recopilación de testimonios personales con el fin de colaborar con la elaboración de la propuesta.

2.1.5.- Sujetos de Información:

En este trabajo se contó con la participación de:

-Los usuarios que asisten frecuentemente a la institución que son niños y adultos discapacitados, los padres, la familia en general y cuidadores.

-Niños entre 6 a 16 años que fueron abordados como casos de estudio.

-Los terapeutas de las diferentes áreas (equinoterapia, horticultura, bailoterapia)

-Los padres de familia o cuidadores de los niños abordados como casos de estudio

2.1.6.- Fuentes de datos:

Dentro de los instrumentos utilizados para el análisis tenemos:

TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
Entrevistas	-Cuestionario para padres Evaluación Neuropsicológica Infantil (ENI) -Historia Psico- Educativa de niños -Entrevistas semiestructuradas a padres -Entrevistas semiestructuradas a Terapeutas
Observación	-Registro de observación -Inventario de Habilidades Básicas e Instrumentales de Autonomía
Test	-Test de Goodenough, -Cuestionario de Percepción del Funcionamiento Familiar (ff-sil)

2.1.7.- Constructos del estudio

CONSTRUCTO	DIMENSIONES	INDICADORES
NEE asociadas a la discapacidad	-Discapacidad intelectual -Trastornos generalizados del desarrollo como Autismo y Asperger - Malformaciones congénitas: labio leporino	Diagnostico establecido
Relaciones de Intervención	El Terapeuta	-Cuestionario -Entrevistas -Observación
	La familia	

Autonomía	Capacidades y dificultades que presenta el niño relacionadas a la autonomía	-Inventario de Habilidades Básicas e Instrumentales de Autonomía
	Desarrollo de destrezas para una futura autonomía	-Instrucciones -Ensayo de conducta -Reforzamiento -Tareas para la casa

DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS POR CASO

A continuación, se presentan seis casos abordados en el Centro Integral de Equinoterapia de la Fundación Guayas Avanza, los nombres de los usuarios fueron cambiados y abreviados por razones éticas, se procedió a realizar la utilización de baterías de recolección de información para determinar varios aspectos que van desde los más generales hasta aquellos más específicos que a la vez nos permitan profundizar en la investigación, en el siguiente cuadro se presentan ítems como el de los datos que está referido a la información que nos ayuda a diferenciar cada uno de los casos, otro de los ítems a tratar es el del diagnóstico que nos permite saber cada una de las condiciones e incapacidades que tienen los usuarios abordados, el ítem tipo de familia nos permite explorar el número de personas que conforman el grupo familiar así como también el nivel de interacción de los mismos, en cuanto al ítem escolaridad hacemos referencia a si los niños asisten o no a la escuela y en que nivel o grado escolar se encuentran, el ítem terapia que recibe en el CIE nos permite conocer los diferentes lugares en los cuales recibe intervención terapéutica y a la vez saber cuáles son las áreas en las que se los está estimulando en las terapias.

Datos	Diagnostico	Tipo de familia	Escolaridad	Terapias q recibe en el CIE
Nombre: A Edad:10 Años Sexo: Masculino	<u>Cie 10</u> Trastorno del espectro autista F84.0 <u>DSM5</u> Trastorno del espectro autista 299.00 Grado1“Necesita ayuda”	Familia nuclear: papá (40 años), mamá (48), hermano (8)	Quinto EGB	Equinoterapia Horticultura Bailoterapia Musicoterapia
Nombre: B Edad: 13 Años Sexo: Femenino	<u>Cie 10</u> Trastorno del espectro autista F84.0 <u>DSM5</u> Trastorno del espectro autista 299.00 Grado 2 “Necesita ayuda notable”	Familia extensa: papá (50 años), mamá (49), hermana (24), hermana (19) y su esposo (25)	No asiste a la escuela	Equinoterapia Horticultura Bailoterapia Hidroterapia Deporte
Nombre: C Edad:16 Años Sexo: Femenino	<u>Cie 10</u> Discapacidad intelectual F70 <u>DSM5</u> Discapacidad intelectual leve 317 Educable	Familia nuclear, vive con el papá (52 años), mamá (50), hermano(22)	No asiste a la escuela	Horticultura Bailoterapia Arteterapia
Nombre: D Edad:11 Años Sexo: Femenino	<u>Cie 10</u> Trastorno del Espectro autista con déficit intelectual acompañante F84.0 <u>DSM5</u> Trastorno del espectro autista 299.00 Grado 1“Necesita ayuda”, Discapacidad intelectual leve 317 Educable	Familia extensa, papá (47 años), mamá (42), un hermano de (22) y otro de (10), también vive con su abuela (64) y su abuelo (69)	Séptimo EGB	Horticultura Bailoterapia Musicoterapia
Nombre: E Edad:6 Años Sexo: Masculino	<u>Cie 10</u> Malformación congénita labio leporino Q36	Familia extensa: papá (38 años), mamá (34), abuelos	Primer EGB	Horticultura Psicopedagogía T. de lenguaje Deporte
Nombre: F Edad:9 Años Sexo: Masculino	<u>Cie 10</u> Síndrome de Asperger F84.5 <u>DSM5</u> Síndrome de Asperger 299.80	Familia nuclear: papá (36 años), mamá (30), un hermano (6) y una hermana (7 meses)	Quinto EGB	Equinoterapia Horticultura Psicología Arteterapia

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Para determinar la incidencia de la relación Terapeuta- usuario- padres de familia en el desarrollo de la autonomía de niños con necesidades educativas especiales (NEE) asociadas a discapacidad del Centro Integral de equinoterapia (CIE) de la Fundación Guayas Avanza se procedió a abordar los casos a través de la aplicación de registros de observación, entrevistas semiestructuradas y test realizados a los niños, familiares de los niños o cuidadores y a los terapeutas de las diferentes áreas.

En esta sección se presentan los resultados obtenidos de los instrumentos aplicados a cada uno de los usuarios, padres de familia y terapeutas. En un primer momento se muestra un cuadro resumen de respuestas transcritas directamente de los instrumentos, la información está dividida de forma que se diferencien las respuestas por cada uno de los casos abordados con el fin de dar a conocer si existe alguna similitud o variedad en las mismas.

En un segundo momento se procede al análisis de cada uno de los instrumentos y test aplicados, desde aquí se toman en cuenta las contestaciones de cada una de las fuentes de información con el fin de corroborar estas respuestas para luego hacer una síntesis por cada uno de los instrumentos y así responder a manera de resumen las interrogantes anteriormente expuestas.

Datos-Historia	Resultados directos de Instrumentos			
	Ficha de Observación	Evaluación Neuropsicológica Infantil (ENI)	Historia Psico- Educativa de niños	Entrevista a Padres
Caso 1 “A” 10 años Trastorno del Espectro Autista	La madre está en constante comunicación con terapeutas, genera ideas propias y adaptadas para el desarrollo del niño	Dificultad para comprender Dificultad para poner atención Es muy activo Su desarrollo es más lento que el de otros niños	es obediente, y buen estudiante, en ocasiones muy frágil y dócil acata las consignas de los maestros t realiza las actividades escolares con ayuda de la mama	No tiene suficiente información de lo que se realiza en cada área y como potenciarlo desde el hogar (tiene una rutina de actividades para favorecer el desarrollo de su hijo)
Caso 2 “B” 13 años Trastorno del Espectro Autista	La comunicación con el terapeuta en las áreas cerradas es nula, no siente confianza ni siente que se da la apertura para preguntar	Dificultad para hablar Torpeza en sus movimientos Es muy activa Dificultad para poner atención	No asiste a la escuela, recibe terapias en un centro, interactúa con compañeros, realiza actividades del cuidado del hogar, sigue consignas	Los terapeutas en algunas áreas solo reciben al niño, pero de ahí no se conoce nada más. Ni que trabajan ni cómo van, (tratan de que realice algunas actividades sencillas del hogar)
Caso 3 “C” 16 años Déficit intelectual leve-educable	Madre interactúa con algunos terapeutas de áreas abiertas, elabora y trabaja actividades de las mismas	Dificultad para comprender Dificultad para controlar su comportamiento en casa Es muy activa Dificultad para poner atención	No asiste a la escuela, en las áreas de terapias se lleva bien con todos, responde a las consignas que le dan sus profesores	Es como un triángulo, el papa, el terapeuta y el niño, de tal forma que si uno falla no se detenga el proceso (no trabaja en casa con su hija, la niña no quiere)

Caso 4 “D” 11 años Trastorno del Espectro autista con déficit intelectual acompañant e	La madre asiste a las terapias y consulta o trata en lo posible de buscar formas o información para ayudar a su hija (no trabaja en cas con su hija)	Dificultad para hablar Torpeza en sus movimientos Es muy activa Dificultad para poner atención Dificultad para controlar su comportamiento en casa	asiste a la escuela, se lleva bien con los profesores y acata las consignas de los mismos, últimamente desiste a ir porque le cambiaron a la profesora	La niña ha mejorado, pero aun siente que hace falta que le ubiquen en otras terapias, el estar con el tiempo no le permiten abarcar la realización de actividades sencillas del hogar que aporten a su autonomía
Caso 5 “E” 6 años Malformacio nes congénitas: labio leporino	El padre cumple con traerlo a las diferentes áreas, su intervención es mínima ya que solo mira lo que realiza su hijo	Dificultad para hablar, para aprender a leer Es muy activo Dificultad para poner atención	Obedece a sus maestros y trabaja en la escuela sin ningún problema, pero en casa le cuesta realizar algunas tareas	No conoce mucho de las actividades realizadas en cada una delas áreas y con algunos terapeutas no siente se siente en confianza de preguntar sobre el avance de su hijo.
Caso 6 “F” 9 años Trastornos generalizado s del desarrollo: Asperger	La comunicación con el terapeuta solo se da en las áreas abiertas, en donde realiza las actividades propuestos por los mismos.	Dificultad para comunicarse, no habla mucho, se le dificulta aprender a leer y escribir Es muy activo y sigue una rutina estricta	Es buen alumno, se lleva bien con sus profesores y atiende a las consignas de los mismos, en el hogar le cuesta hacer las tareas y en ocasiones se demora mucho tiempo para realizarlas	Le gustaría tener más información en cuanto a que puede implementar para mejorar la condición del niño, indica que en su hogar el tío le adecuo un lugar para que pueda reforzar y aprender más.

Datos-Historia	Resultados de Test		
	Goodenough	Percepción del Funcionamiento Familiar (ff-sil)	Inventario de Habilidades Básicas e Instrumentales de Autonomía
Caso 1 “A” 10 años Trastorno del Espectro Autista	CI 90 normal o inteligencia media	R: 55 Familia Moderadamente Funcional	Un poco dependiente: Necesita algún nivel de apoyo, pero hace una parte de actividad solo
Caso 2 “B” 13 años Trastorno del Espectro Autista	La niña no dibujo, aun no tiene control del lápiz.	R: 55 Familia Moderadamente Funcional	Un poco dependiente: Necesita algún nivel de apoyo, pero hace una parte de actividad solo
Caso 3 “C” 16 años Déficit intelectual leve- educable	CI 52 retraso mental leve/ educable	R: 52 Familia Moderadamente Funcional	Un poco dependiente: Necesita algún nivel de apoyo, pero hace una parte de actividad solo
Caso 4 “D” 11 años Trastorno del Espectro autista con déficit intelectual acompañante	CI 62 retraso mental leve/ educable	R: 50 Familia Moderadamente Funcional	Un poco dependiente: Necesita algún nivel de apoyo, pero hace una parte de actividad solo
Caso 5 “E” 6 años Malformaciones congénitas: labio leporino	CI 92 normal o inteligencia media	R: 53 Familia Moderadamente Funcional	Un poco dependiente: Necesita algún nivel de apoyo, pero hace una parte de actividad solo
Caso 6 “F” 9 años Trastornos generalizados del desarrollo: Asperger	CI 90 normal o inteligencia media	R: 48 Familia Moderadamente Funcional	Un poco dependiente: Necesita algún nivel de apoyo, pero hace una parte de actividad solo

4.1.- ANALISIS DE RESULTADOS POR TECNICAS APLICADAS

Para este análisis se consideraron seis casos de niños usuarios y asistentes regulares al CIE de la Fundación Guayas Avanza, sus edades comprenden entre los 6 y los 16 años y las condiciones de discapacidad en las que se encuentran son discapacidad intelectual, trastornos generalizados del desarrollo como autismo y asperger y malformaciones congénitas: labio leporino, los padres también fueron entrevistados aportando con sus respuestas al objeto de la investigación, también participaron cinco terapeutas dentro de la recolección de información por medio de entrevistas, las áreas en las que se desempeñan son las de equinoterapia, horticultura, bailoterapia.

Cuestionario para padres Evaluación Neuropsicológica Infantil (ENI)

El cuestionario para padres recopila datos generales sobre los padres y hermanos, así como el motivo de la evaluación y la presencia de problemas conductuales, este cuestionario debe ser completado por los padres antes de la primera sesión, la información que se rescata de los mismos es la condición actual del niño, el diagnóstico como tal y si recibe la atención necesaria.

De este cuestionario se rescatan dos preguntas enfocadas a los padres:

¿Cuál es el principal problema de niño?

En esta pregunta los padres de los usuarios nos empezaron a relatar cada una de las condiciones que afectan a sus hijos, cada uno habla del diagnóstico en específico de los mismos y los problemas que les aquejan como son: Discapacidad intelectual, Trastornos generalizados del desarrollo como Autismo y Asperger y Malformaciones congénitas: labio leporino.

¿Que desea conocer?

En estas preguntas se mostraban varias opciones en las cuales los padres tenían que indicar una o varias respuestas, dentro de las opciones de respuesta se encontraban: Caracterización del problema, Origen del problema, Manejo escolar, terapia de apoyo. Todos los padres coincidieron en marcar cada una de estas indicando que les gustaría conocer más de cada una para ayudar a sus hijos a mejorar su calidad de vida. A partir de esto y de lo que indicaban los padres al marcar cada uno de las opciones se deduce que los padres quieren y necesitan conocer en cierta medida el origen del problema y cuáles son sus características para poderlas tener más presentes con el fin de que se logre un mejor desarrollo o evolución del niño, algunos hacen referencia al manejo escolar ya que es una de

las áreas en la cual se encuentran inmersos actualmente y quisieran conocer métodos o técnicas para poder llevar a cabo una correcta educación de su niño, en cuanto a lo que terapia de apoyo se refiere fue una a las que más referencia hacían los padres, ya que indican que quisieran que se les sumen o aumenten las terapias que reciben sus hijos o los días que son intervenidos, ya que mencionan y creen que es más beneficioso para el desarrollo de la autonomía en sus hijos.

Historia Psico- Educativa de niños

Este instrumento fue elaborado por Msc. Geovanna Medina y Psc. Susie Estrada. El instrumento fue utilizado durante el proceso de prácticas pre profesionales y está enfocado en obtener información relacionada a los datos generales y varios aspectos de los diferentes contextos y actividades en los que se desenvuelve el niño.

-Interacción familiar

A partir de las preguntas realizadas a los padres, se coincidió que el trato que reciben los niños es con respeto, se trata de incluirlos en varias actividades para su desarrollo, cuando es necesario se le imponen límites y normas, la familia se lleva bien con ellos, en algunos casos los padres están ausentes la mayor parte del día pero se dan su tiempo para estar con los niños en la noche hasta la hora de dormir, las relaciones con sus madres, padres y hermanos es buena, algunos mencionan que al principio se les dificultaba aceptar la condición de niño, se sentían extraños e inseguros por falta de información pero que poco a poco se ha mejorado el trato y la atención de sus hijos.

Entre los métodos que los padres utilizan para reprender conductas la mayoría indicó que cuando sucede algo que requiera de reprender alguna conducta se le mira o se le hace gestos negativos hacia lo que realiza, si el niño se altera se espera que se calme para luego hablar, conversar y explicar lo negativo de su conducta y se les exige que no lo vuelva a hacer, si reinciden en lo mismo se procederá a algún castigo y si es muy necesario de forma físico (con un látigo o correa).

-Hábitos de alimentación y sueño

Con respecto a los hábitos de alimentación estas varían entre los niños, E, C, D, B comen todo tipo de alimentos sin ningún problema, los padres incluso indican que en ocasiones comen mucho, a F no le gustan las frutas y tienen que preparárselas en jugo y A tiene comidas específicas que quiere repetir cada vez y cuando.

Por otro lado, los hábitos de sueño A tiene que ser supervisado a la hora de dormir y de levantarse ya que no distingue los horarios, a F y a D no les cuesta dormir a la hora establecida pero aun así se les percibe con sueño al otro día y E D B duermen

a la hora establecida sin ningún problema y se despiertan sin ningún inconveniente en las mañanas, en cambio a C le cuesta dormir a la hora establecida, levantarse y anda con sueño en el transcurso del día

-Hábitos escolares

Con respecto a los hábitos escolares solo cuatro de los usuarios asisten a la escuela que son: A, D, E y F y su desempeño y el aprovechamiento de los niños en la escuela es buena, ya que son obediente a su profesores y realizan las actividades que estos designan, se llevan bien, los niños respetan a su docentes, acatan las normas y obedecen las consignas que se dan en clases, algo que los padres mencionan es que en la escuela hacen las actividades y tareas que les designan sus maestros sin ninguna queja pero que en casa se les dificulta hacer las tareas o actividades relacionadas a la escuela.

Por otra parte, los usuarios B y C no asiste a la escuela, pero para compensar esta falta B asiste de lunes a viernes (menos el día martes que va al CIE) a una institución llamada Centro Psicológico Paz, en donde se trabaja varias actividades para potencia su calidad de vida sigue las consignas dadas y hace las actividades propuestas por el terapeuta, no se reciben quejas de su comportamiento. En cuanto a C en la actualidad no está estudiando, dejo la escuela por una situación de discriminación de su profesora que le provoco el fracaso escolar, desde allí C mostro reacción a ir y a estudiar, no le gusta realizar actividades relacionadas al área escolar, aunque C no estudia asiste al centro y los terapeutas indican que su desempeño es bueno, ya que es obediente y realiza las actividades que estos designan, la relación de la niña con sus terapeutas es buena, se llevan bien y ella los respeta, acata las normas, obedece las consignas en clases, se desempeña adecuadamente en labores practicas o trabajos manuales.

En este conjunto de datos recogidos denota una especial relevancia en algunas conductas o comportamientos de los niños ante diferentes situaciones, colocando a los padres en un tipo de apuro ante lo que se tiene que hacer o realizar para mitigar las mismas, se cree conveniente que los padres o cuidadores busquen algún tipo de ayuda profesional que les guie en cómo trabajar con cada uno de estos aspectos ya que así podrán acrecentar el progreso del niño.

Entrevistas semiestructuradas a padres

A continuación, analizaremos las entrevistas realizadas a los padres, familiares o cuidadores de los usuarios (niños) que asisten al CIE de la Fundación Guayas avanza, las preguntas están relacionadas a explorar el nivel de conocimiento,

compromiso e intervención de los padres con respecto a las terapias y la relación con los terapeutas de sus hijos.

1.- ¿Qué conoce de la condición y el tratamiento que necesita su hijo?

Esta pregunta fue enfocada a conocer cuanta información tenían los padres acerca de la condición de sus hijos, algunos de ellos respondían solamente el diagnóstico inicial que le dieron, pero al referirse al tratamiento que necesita no conocían a ciencia cierta que podían hacer o como podían hacerlo o a donde dirigirse para tener más información teniendo como un impedimento lo referido a lo económico.

2.- ¿Qué fuentes utiliza para buscar información?

En esta pregunta se trata de conocer de qué manera los familiares, o cuidadores buscan u obtienen información relacionada a la condición o tratamiento a seguir. En un primer momento recurrieron a los profesionales como médicos que les explicaron en su “vocabulario” y al final no terminaban entendiendo mucho de que se trataba. Otros decidieron buscar información extra empezaron a ir a charlas todo con el fin de ayudar a sus hijos.

Los padres indican que uno de los medios para buscar información de la condición de sus hijos es el internet, aquí encuentran mucha información pero que no todo el tiempo entienden o no saben cómo aplicarla en sus hijos y hacen hincapié en lo necesario que es que se pueda consultar a los terapeutas ya que estos pueden darles instrucciones a seguir.

3.- ¿Cada cuántos días por semana cree que necesita el niño someterse a terapia?

Esta pregunta está basada en conocer si los padres se encuentran satisfechos por la atención actual y si reciben atenciones en lugares extras, también nos ayudara a conocer si trabajan desde sus hogares y con qué frecuencia lo hacen. A partir de esto se determinó que los padres coinciden en que los días que recibe el niño las terapias deben aumentar, de unos dos a tres días, otro de los padres indica que, si es necesario que aumenten, pero también es necesario que se los incluya en la terapia o que les enseñen y capaciten con nuevas formas de trabajar desde casa.

4.- ¿Conoce al terapeuta de su hijo?

Esta pregunta hace referencia a conocer si es que los padres o cuidadores tienen algún tipo de comunicación o trato, aunque sea superficial con los terapeutas. Hay que tener presente que dentro del CIE hay a áreas donde realizan las terapias, unas son cerradas, en donde los padres dejan al niño y esperan fuera el tiempo que dura la terapia y no conocen más de la labor realizada por los terapeutas ni antes ni después de la terapia. Otras áreas son abiertas, es decir tienen o brindan la facilidad

de acceso a los padres y en estas se tendría que involucrar a los padres, que es algo que solo se cumple en algunas áreas. Los padres coinciden en que no conocen en su totalidad a los terapeutas que trabajan con sus hijos, algunos mencionan que conocen a dos o tres de todas las áreas, estos de las áreas abiertas, los padres sienten que pueden consultarles y contar con ellos cuando tienen alguna duda o necesitan saber algo y coinciden en mencionar que sería bueno que los terapeutas muestren un poco más de interés y que nos hagan más partícipes de las actividades que realizan con el niño.

5.- ¿Le gustaría tener más información acerca del tratamiento que necesita su hijo?

A través de esta pregunta se intenta determinar el grado de interés, motivación y disposición de los padres y cuidadores en cuanto a formarse y capacitarse para intervenir al niño como coterapeutas, las respuestas de los padres coinciden en que deberían de entrenarlos o capacitarlos para poder ayudar a sus hijos, también mencionan que quisieran que se les informe de lo que se hace en las diferentes áreas a las que no tienen acceso y otros nos cuentan que antes en el CIE les entregaban un informe cada seis meses de cómo empezó el niño las terapias, que actividades se realizaron y cuáles son los logros alcanzados a través de la misma pero que desde algún tiempo ya no lo hacen, esto era de gran importancia ya que les ayudaba a tener presente las mejoras de sus hijos y los motivaba a seguir.

6.- ¿Conoce las técnicas/métodos utilizadas por el terapeuta en el tratamiento de su hijo?

El propósito de esta pregunta es explorar el nivel de conocimiento de los padres y cuidadores ante las actividades realizadas por los terapeutas y si conocen para que sirven cada una, que trabajan o en que se especializan en favor del niño. Los padres dieron como respuestas que de las áreas abiertas del centro si conocen las actividades que realizan, pero de las áreas cerradas no saben que hacen, que métodos siguen, si siguen alguna secuencia o si es necesario reforzar algo en el hogar, e indican que sería bueno que se les informe del desempeño de su hijo, que también se les den pautas e indicaciones más seguidas para seguir desde el hogar.

7.- ¿Le gustaría participar más del tratamiento de su hijo?

Esta pregunta está enfocada en proponer a los padres y cuidadores la opción de intervenir más activamente del tratamiento del niño, esta tuvo una buena aceptación y obtuvo como respuesta que son los padres la base de toda intervención y que los psicólogos o terapeutas deben entrenar o capacitar a los padres para que puedan seguir en casa con el trabajo a manera de reforzamiento de las actividades realizadas en terapia con el fin de mejorar el desarrollo del niño. Los padres indican que es necesario que incremente la relación entre los terapeutas y los padres ya que es mejor cuando el terapeuta conoce al niño y a los padres, ya que así lo apoya

en aquellas cosas que ignoran o que aprendan nuevas formas de tratar la condición o trastorno del niño.

8.- ¿Mantiene entrevistas con los terapeutas acerca del avance de su hijo?

La base de esta pregunta es conocer si el padre se comunica o interactúa con el terapeuta haciendo preguntas en cuanto al desempeño del niño en la terapia, como estuvo, cuál fue su actitud y qué puede hacer para ayudar, ante esto obtuvimos como respuesta que la mayoría de las veces no pueden hablar con los terapeutas por motivo factor tiempo o porque no sienten la confianza de hacerlo, algunos de los padres preguntan por su cuenta pero en ocasiones no quedan satisfechos con las respuestas de algunos terapeutas que se muestran poco interesados en ayudar, muy pocos son los terapeutas que al terminar con la terapia entregan al niño y les comunican a los padres lo ocurrido durante la sesión y orientan a los padres dejándoles alguna tarea para que el niño realice hasta la próxima sesión.

9.- ¿El terapeuta le brinda información necesaria para que pueda trabajar con su hijo?

En esta pregunta se trata de explorar cómo han sentido la atención de los diferentes terapeutas y si estos se muestran interesados en el bienestar del niño, las respuestas de los padres en su mayoría fueron negativas y en todos los casos sugirieron que el terapeuta tiene que ayudar no solo al niño sino también a los padres de forma en que se entrene a los padres para que pueda afrontar lo que le sucede a su hijo. Para mejorar el desenvolvimiento del niño es necesario que se trabaje de tal forma en que los padres, los terapeutas y los niños puedan aportar al trabajo, sin que uno de los tres falle, si se trabaja los tres juntos, puede haber un mayor desarrollo en el niño, así mismo es muy necesario que se ayude a los terapeutas desde el hogar u otras áreas en las que se desenvuelve el niño, repetir los tratamientos, actividades o técnicas y seguir al pie de la letra lo que les indican los profesionales para obtener un mayor beneficio.

10.- ¿Cree que los métodos que utilizan los terapeutas son útiles?

En esta pregunta se trata de que los padres hagan consciencia del estado en el que se encontraban sus hijos y como los ven en la actualidad con el fin de que valoren el trabajo que hasta ahora se ha realizado pero que a la vez se motiven a ser parte activa del proceso de intervención con el fin de mejorar la evolución de su niño. Como respuesta se obtuvo que los padres y madres indican que los métodos o técnicas que utilizan los terapeutas están dando resultados, que han visto que en algunas áreas se avanza más que en otras y que les gustaría que sigan una secuencia o en algunas áreas se cambien algunas actividades con el fin de no repetir constantemente lo mismo, algunos padres hacen referencia a que en algunas áreas los terapeutas los reciben pero que no saben para que realizan algunas

actividades como pintar, armar rompecabezas entre otras y que les gustaría conocer más para poder aportar en lo que sea necesario.

Producto de esta entrevista se pudo comprender cuáles son las ideas de los padres acerca del trato y la atención de los terapeutas hacia sus hijos y a ellos mismos. Si bien es cierto ellos indican que su trabajo está dando resultados pero que les gustaría poder aportar más al desarrollo del niño, creen que si les dieran indicaciones de lo que pueden realizar con sus niños podría verse una mayor mejoría.

Entrevistas semiestructuradas a Terapeutas

En esta sección se apunta a entender cuáles son las pautas de relación entre padres y terapeutas, como estos últimos perciben la relación y participación de los padres en el proceso terapéutico.

1.- ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en el centro?

Esta pregunta se enfoca en conocer el tiempo de estadía de cada uno de los terapeutas entrevistados en el CIE, para hacer contraste entre las respuestas de estos mismos, entre los terapeutas tenemos que tres de ellos han estado en el CIE cuatro, cinco, seis años y dos de estos tienen aproximadamente dos años.

2.- ¿Cuáles son sus funciones?

Esta pregunta fue realizada con el fin de conocer las áreas de trabajo y la labor realizadas por los terapeutas entrevistados, dentro de las funciones que realizan estos terapeutas en el CIE tenemos: terapeuta del área de horticultura, terapeuta de bailoterapia, Equino terapeuta, Técnica de equipo y clases de equitación (Montaje para niños con discapacidad física, intelectual), asistente de los terapeutas, manejo y cuidado de los caballos.

3.- ¿Cómo es el trabajo con los padres del centro?

Desde esta pregunta se quería conocer la perspectiva de los profesionales en cuanto a la apertura que se les da a los padres del centro a la información y a la intervención o participación con sus hijos. Es así que como resultado se obtuvo que falta mayor trabajo con los padres, ya que pasan sentados en algunos momentos mientras esperan que sus hijos ingresan a las diferentes terapias, sería bueno que se les dé información y al mismo tiempo de conocer técnicas o formas de ayudar y practicar o ver lo que se trabaje en el área con el fin que se replique en el hogar.

Algunos terapeutas dan orientación a los padres de manera personal, se conversa con los padres de la actividad realizada, también consideran que se va a dar un mega avance con el niño si se trabajar con el niño y con el entorno en el que se

desenvuelve, basado en esto tomamos como referencia una frase mencionada por uno de los terapeutas “es un trabajo con el niño y el entorno, se debería de hacer, pero no se hace o no hay el suficiente involucramiento de los padres y terapeutas”, desde aquí vemos que es necesario involucrarse un poco más en el avance y en el progreso del niño.

4.- ¿Qué tipo de apoyo (métodos y técnicas) presta a un niño con NEE?

Esta pregunta se hizo con el fin de conocer las actividades que se realizan para trabajar alguna área o áreas en específico, es así que se pudo conocer que dentro de cada una de las áreas las actividades cambian dependiendo de la terapia que se dé en la misma, se trabaja diferentes métodos o técnicas con el fin de favorecer las dificultades presentadas por los niños en cuanto a la atención, concentración, desarrollo motor grueso y fino, equilibrio, el lenguaje y muchas más.

5.- ¿Considera importante la relación familia- terapeuta?

En cuanto a esta pregunta se trató de hacer conciencia en los terapeutas hacia lo necesario de la familia en el acto terapéutico y si ellos lo concebían así. Entre las respuestas indicaron que es muy importante que la familia colabore ya que en las distintas áreas se trabaja alrededor de treinta minutos y se necesita que la familia participe para que se vea una mejoría, se trata de hablar con los padres siempre para reforzar lo trabajado y que puedan complementarlo en casa, asimismo se les da pautas en cuanto a nutrición, elasticidad física, orden y límites como forma de ayuda, reforzar en casa. Es muy importante que el terapeuta haga su labor de forma adecuada y que dentro de su labor incluya desarrollar una buena relación con los padres.

6.- ¿Cree que existe suficiente participación de los padres en la educación y evolución de sus hijos?

Desde la perspectiva de los terapeutas que basados en el trato diario con niños y algunos de sus representantes, familiares o cuidadores indicaron que no existe la suficiente colaboración, los padres no ejercen su roles adecuadamente y dejan hacer al niño lo que quieran, no tienen mucha autoridad y por lo consiguiente el niño lo demuestra en las sesiones, pero no todos los padres o cuidadores se encasillan en esto, si hay casos de padres que se notan comprometidos y que ejercen su rol, se integran, preguntan y realizan lo que se les indica, un mayor trabajo de los padres dará como resultados una mayor evolución en los niños.

Muchos de los padres no asisten a sus niños en casa, no establecen límites ni normas, no ejercen su autoridad, dejan que el niño haga lo que desea, lo consideran el rey del hogar y esto repercute a que cuando el padre quiera trabajar con el niño

este no responda como debe y se niegue a hacerlo, tomamos es en referencia lo expresado por uno de los terapeutas “En ocasiones el niño trabaja mejor con nosotros en las terapias que con la familia por la relación mal formada y ausencia de límites en el hogar”. Es así que se deduce que es necesario trabajar con ellos, por medio de un abordaje familiar, explicar lo que se hace en cada terapia y como se lo hace con el fin de motivarlos a engancharse en la intervención.

7.- ¿Tiene dificultades para relacionarse con las familias de estos niños?

El propósito de esta pregunta es conocer la apertura que tienen los terapeutas hacia los padres o viceversa, dando como respuesta que a algunos no les representa ningún problema comunicarse con los padres, también nos indican que a otros terapeutas si se les dificulta el interactuar con los padres o cuidadores, otros no lo consideran necesario, por experiencias pasadas ya que en algunas ocasiones los padres presentan rechazo o no le daban el interés o importancia necesario a los consejo u orientaciones dadas por los terapeutas, algunos en la actualidad siguen insistiendo y otro ya no lo hacen.

8.- ¿Los padres solicitan hablar con usted sobre la evolución de su hijo?

En cuanto a esta pregunta se trata de determinar si los padres o cuidadores sienten que se les brinda la apertura para preguntar, así como también el nivel de interés por sus niños. Como respuesta se obtuvo que, si han mostrado interés en que el centro muestre más información relacionada a los niños y las diferentes condiciones que estos presentan, informarles, educarlos, motivarlos, que exista más comunicación, más interacción y dedicarles más tiempo e interés a lo que sucede con sus hijos algunos. los padres si preguntan sobre la mejora de su hijo y eso también depende del terapeuta, si el mismo es abierto con los padres, si se interesa e indaga de temas pasados, actuales y futuros con respecto a la evolución de la condición o trastorno que presenta el niño. En algunas áreas los padres se sienten en confianza, se les da más apertura, se trabaja, se interactúa con ellos, e incluso los que ya tienen algo de tiempo están ya disciplinados en esta área tanto padres como niños se toma en consideración lo que los padres expresan, se les aconseja que refuercen las actividades en casa

9.- ¿Explica al padre la actividad y la utilidad de la misma con el fin de que el padre la repita en casa?

Esta pregunta está enfocada en conocer si el terapeuta maneja una adecuada comunicación para el tratamiento con el niño y si le hace seguimiento o motiva a que se refuerce en casa. A partir de esto se obtuvo que no todos los terapeutas se dan el tiempo o la oportunidad de explicarles a los padres las actividades y las utilidades de las mismas, algunos lo hacen con el fin de aumentar la colaboración de los padres ya que quisieran que la colaboración de los mismos incremente y

mencionan que muy pocos de los padres le consultan al terapeuta lo que se debe de hacer.

10.- ¿De qué manera los padres pueden ayudar a su hijo para una futura autonomía?

Cada uno de los terapeutas coincidieron que es necesario que los padres se quiten la idea que vienen a las terapias para que los terapeutas se encarguen de todo o que el terapeuta es el que tiene que hacerlo todo, otros padres tienen expectativas muy altas y vienen pensando que el caballo les cura, y esperan ver cambios significativos desde el primer momento, en algunos casos si es así, en otros casos la mejoría tarda en manifestarse, en estos últimos los padres suelen retirarse lo que causa un retroceso en la evolución del niño.

Se tiene que formar a los padres para que empiecen a trabajar desde el hogar, creando normas de comportamiento, límites firmes y desarrollar su autoridad que es algo que se ve disminuida cada vez más, así como también interesarse e involucrarse en las actividades que se les envía para realizar en el hogar, ya que se han visto una mayor mejoría o mejor desarrollo en aquellos niños que sus padres intervienen de forma activa del proceso de terapia dentro y fuera del área.

A través de esta serie de respuestas se obtuvo que los profesionales o terapeutas de las diferentes áreas necesitan de la colaboración de los padres o cuidadores, ya que con esto pueden trabajar de mejor forma, ya que por el poco tiempo que duran cada una de las terapias es necesario que los padres trabajen desde casa.

Registro de observación

Se realizó la observación en el Centro Integral de Equinoterapia (CIE) en las áreas de Equinoterapia, Horticultura, Bailoterapia, Psicología, enfocados en la relación de padres y terapeutas de los niños con NEE asociadas a discapacidad, a continuación, describiremos los ítems y lo observado en cada uno de ellos:

Estudio sobre la relación de padres y terapeutas de niños con NEE del CIE

1.-Terapias que recibe el niño

A través de este ítem se pudo conocer cuáles son las terapias que reciben los niños, en que horarios y cuanto absceso tienen y de qué forma intervienen los padres en las mismas, como resultado se observa que cada uno de los niños tiene al menos tres terapias y otros llegan a cinco o más. Entré las áreas que son consideradas abiertas y en las cuales los padres pueden ver, aprender e intervenir en las mismas tenemos a Horticultura, Arteterapia, bailoterapia, deporte, hidroterapia. En cambio, las áreas consideradas cerradas en las cuales los padres cumplen con el rol de llevar a sus niños tenemos a equinoterapia, musicoterapia, psicología, terapia de

lenguaje, psicopedagogía, mecanoterapia, terapia ocupacional, terapia física, estimulación temprana.

2.-El terapeuta conoce el diagnóstico o condición del niño

En las diferentes áreas en las que se tuvo acceso se pudo observar que cuando un niño llega por primera vez se les realiza una entrevista para conocer un poco más de la condición o trastorno, así como también las capacidades o impedimentos que presenta el niño.

3.-Las actividades que realiza el terapeuta siguen alguna secuencia

En algunas áreas sí se tiene presente realizar diversas actividades para trabajar los diferentes impedimentos del niño, se empiezan por actividades básicas del área que envuelvan al niño en el ambiente para que se pueda adaptar al mismo y en sesiones posteriores se trabaje con otras actividades.

4.-El terapeuta pregunta y se interesa por cómo el niño ha trabajado en casa

Muy pocos son los terapeutas que les preguntan a los padres del desarrollo del niño en el hogar o escuela, hay terapeutas que se limitan a la tarea del área y no brindan mayor información o interés hacia el niño y su evolución.

5.-El padre pregunta qué actividad realizaron y cómo le fue en la sesión al niño

Al igual que el punto anterior cabe recalcar que hay padres que se vinculan más en la intervención de su hijo, acompañándoles a las áreas, viendo y aprendiendo de lo que se hace y preguntando lo necesario para poder beneficiar a su niño, asimismo hay padres que solo llegan al área y son observadores pasivos de lo que se realiza con su hijo, no interactúan o no preguntan, solo cumplen la función de entregar o traer el niño a la sesión y retirarlo de la misma.

6.-El padre se siente en confianza de hacer preguntas relacionadas a la mejora o evolución de su hijo

Algunos terapeutas dan apertura y se muestran abiertos a las consultas de los padres o cuidadores, esto hace que los padres se sientan con confianza en el área y puedan intervenir e indicar dudas o preguntas a los terapeutas del área, también hay otros terapeutas que toman actitudes indebidas o indiferentes y esto influye a la poca comunicación y participación de los padres en el área.

7.-En las áreas abiertas el padre participa activamente con su hijo

En algunas áreas abiertas los terapeutas tratan que los padres aprendan algunas actividades con el fin de que trabaje con el niño desde el hogar, pero es necesario que se le dé información y se les muestre qué actividades pueden realizar si no

cuentan con algunos de los instrumentos utilizados por el terapeuta a modo de alternativa y sin encasillarlos al no puedo.

8.-Los elementos del área se prestan para el aprendizaje y participación de los padres

En algunas áreas se utilizan varios instrumentos especializados en trabajar las diferentes situaciones que prestan los niños, los padres pueden utilizar rompecabezas, hacer seguimiento a dibujos que tienen diferentes finalidades o acompañar al niño en las actividades de juegos o deportes realizadas en los mismos.

9.-El terapeuta explica al padre la actividad y la utilidad de la misma con el fin de que el padre la repita en casa

Algunos de los terapeutas si explican lo que realizan con los niños y en que les ayuda el hacerlas, estos envían pequeñas tareas con el fin de que en una próxima sesión el niño tenga un mayor progreso

10.-El terapeuta orienta al padre a la realización de actividades varias de la vida cotidiana con el fin de aumentar la autonomía del niño

Es mínima la recomendación de realizar actividades de la vida cotidiana y el proveerles de información u orientación del porque realizarlas como forma de trabajar la autonomía, en la mayoría de los casos los padres las trabajan solo porque es algo que hay que hacer con más frecuencia, pero no todos los casos son trabajados tan adecuadamente porque no conocen del poder de las diferentes actividades como tal.

A lo largo de todo el conjunto de datos reunidos a partir de la observación surgen los temas en los cuales se basa esta investigación como que los padres se sienten de cierta forma inseguros ante su cooperación en algunas actividades por su desconocimiento y dudas en si realizan de forma adecuada las mismas, los terapeutas deberían dar instrucciones y entrenar de forma que se practiquen las técnicas, métodos o actividades con el fin de que el trabajo que se dé en el hogar sea factible para el desarrollo del niño.

Cuestionario de Percepción del Funcionamiento Familiar (ff-sil)

Este es un instrumento mide varios grados de funcionalidad familiar a través de siete categorías y catorce situaciones que pueden estar presentes o no en una familia, tiene una escala de respuestas y un baremo de calificación que determina la puntuación para poder clasificar a las familias de la siguiente forma:

De 57 a 70 Familia Funcional
De 43 a 56 Familia Moderadamente Funcional
De 28 a 42 Familia Disfuncional
De 14 a 27 Familia Severamente Disfuncional

Se procedió a aplicar el cuestionario de Percepción del Funcionamiento Familiar (ff-sil) con el fin de explorar en qué grado de funcionalidad se encuentran las familias de los casos abordados para poder conocer que tan participes son los miembros de la familia en el proceso de terapias del niño.

Al aplicarlo a los diferentes representantes se pudo obtener que los resultados oscilan entre el 48 y el 55 que los posiciona como unas Familia moderadamente funcionales.

En resumen y basado en lo que los padres (madres generalmente) indicaban en cuanto a la armonía, la repartición de las responsabilidades y el ejercicio de la autoridad, algunas de las madres indicaban que en ocasiones se sentían sobrecargadas cuando tenían que hacerlo todo ellas, son estas situaciones que se presentan día a día referidas a las condiciones de discapacidad de sus hijos las que los padres y familiares tienen que afrontar y por esto en muchos casos dejan de lado algunas también importantes por corresponder a otras otorgándole una mayor prioridad, desde aquí se evidencia que se necesita que un profesional trabaje con la familia para amortiguar su pesar y lograr la aceptación y un mejor desarrollo del niño, este trabajo en conjunto ayudara a que la familia no se desintegre en el proceso, sino que pueda reducir los niveles de stress que podría generarse al tener un miembro con una condición de discapacidad.

Escala de inteligencia de Goodenough

Este instrumento nos permite conocer la madurez intelectual del sujeto, evaluando su desarrollo psicológico, para comprender los conceptos, ideas, procesos cognitivos, afectivos y de inteligencia, que se revelan a través del dibujo de la figura humana, el niño no dibuja lo que ve, sino lo que sabe al respecto "o Interpreta el dibujo infantil como expresión objetiva de los procesos psíquicos superiores, toda persona, al dibujar, pone en funcionamiento una serie de recursos mentales.

Como resultados de forma general se obtuvo que tres de los niños de ubican con un CI de 90 en adelante, y los otros dos se encuentran entre los 52 y 62, una de las niñas no dibujo porque aún no tiene control sobre algunas actividades como el mantener el lápiz adecuadamente

El resultado de este test nos permite determinar el nivel de ayuda y acompañamiento que necesita el niño, a partir de estos se considera que los padres

deben favorecer el desarrollo de sus niños dejando de lado las ideas de que tienen que hacerles todo lo que necesiten por su condición de discapacidad y brindar solo la ayuda y la supervisión necesario con el fin de incrementar su desarrollo.

Inventario de Habilidades Básicas e Instrumentales de Autonomía

El siguiente cuestionario fue adaptado con la intención de evaluar las capacidades y dificultades del niño en lo que respecta al área de autonomía. Este nos ayudará a determinar aquellas áreas y aquellas actividades en específico en las cuales se necesita trabajar, a partir del mismo se podrá conocer el grado de autonomía en las diferentes áreas para sí poder llegar a potenciarlas a través del trabajo en el que se vincule a las familias y a los terapeutas favoreciendo el desarrollo el niño y logrando unos mejores resultados.

Se procedió a aplicar el inventario a cada uno de los casos, en un primer momento se aplicó el inventario y luego una entrevista complementaria del mismo dirigida a los padres. El cuestionario muestra varios indicadores que expresan algunas acciones en las diferentes áreas, al transcurrir por cada una se procederá a seleccionar la opción que más se ajusta a la condición actual del niño, entre las opciones están el no domina, necesita apoyo y domina, esto como forma de determinar qué tan dependiente, poco dependiente e independiente es el niño.

El cuestionario evalúa diferentes áreas, como se aclara en la siguiente tabla:

HABILIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA	HABILIDADES INSTRUMENTADAS DE LA VIDA DIARIA
Alimentación	Domésticas
Vestido	Accesibilidad al Medio
Evacuación	
Higiene	
Sexualidad	
Autocuidado	

A continuación, se muestran los resultados del inventario:

Habilidades básicas de la vida diaria

-Alimentación

Esta área se basa en el explorar todo lo relacionado a la alimentación y si esta se da en adecuadas condiciones, entre los ítems del mismo se consideran aquello como el respeto del alimento de los demás, si se utiliza los cubiertos, si mantiene limpia el área mientras come, entre otras.

En el área de la alimentación cuatro de los casos se ubicaron en el 76%, a diferencia de dos casos que lograron ubicarse por encima del 84%, las actividades que les impidieron llegar al máximo porcentaje son aquellas como: utilizar tenedor o cuchillo, pelar frutas y verduras, para conocer el porcentaje total de autonomía en el área de la alimentación se tomaron en cuenta cada uno de los porcentajes de forma individual dando como resultado un porcentaje total de 79% que significa que aún son un poco dependientes en algunas actividades.

-Vestido

En esta área los diferentes ítems nos brindan información de cada una de las acciones en cuanto al vestir se trata, entre estas se encuentran la puesta y quitada de prendas de vestir, de zapatos, calcetines, agujetas de zapato, amarrado, abotonar y desabotonar, entre otras.

En esta área se obtuvo como resultado que tres de los casos superan el 90%, dos se encuentran en el 80% y uno en el 61%, en el caso de estos tres últimos no pudieron llegar al máximo porcentaje por el poco dominio en actividades como: poner las agujetas en los zapatos, acordonar las agujetas o poner el cinturón en las trabillas, ajustarlo o abrocharlo. Para conocer el porcentaje total de autonomía en el área de vestido se tomaron en cuenta cada uno de los porcentajes de forma individual dando como resultado un porcentaje total de 83% que significa que aún son un poco dependientes en algunas actividades.

-Evacuación

Por otro lado, el área referida a la evacuación hace referencia a la información relacionada con el control de los esfínteres, si el niño avisa para ir al baño, si espera para ir al baño, si demanda privacidad en aquellos momentos, así como si utiliza papel higiénico, entre otras.

En cuanto al área de evacuación se puede ver que es una de las áreas mejor puntuadas, cuatro de los casos se ubican en el 95% o lo superan, los otros dos casos restantes se ubican entre el 75 y 80 %, las actividades que les impidieron llegar a un mayor puntaje fueron: cuida la higiene del baño al evacuar, puede esperar para ir al baño y demanda privacidad para evacuar. Para conocer el porcentaje total de autonomía en el área de evacuación se tomaron en cuenta cada uno de los porcentajes de forma individual dando como resultado un porcentaje total de 90% que significa que aún son un poco dependientes en algunas actividades.

-Higiene

Esta área se basó en recolectar información en cuanto al dominio de actividades como el de la rutina de lavarse las manos y la cara, dominio del cepillado de dientes, dominio de la rutina del bañado, si posee o desarrollo hábitos higiénicos establecidos

como que es lo que se debe hacer todos los días, y a qué hora, todo esto por cuenta propia.

En el área de higiene personal se obtuvieron como resultado que cinco de los casos se oscilan entre el 72 y el 81%, uno de los casos se ubica en el 53% y los indicadores que disminuyeron su puntuación fueron: guardar y conservar los artículos del cepillado de dientes, poner pasta en el cepillo de dientes, poder una adecuada cantidad, si regula la temperatura del agua o el uso de la misma, si deja el baño ordenado al terminar. Para conocer el porcentaje total de autonomía en el área de higiene personal se tomaron en cuenta cada uno de los porcentajes de forma individual dando como resultado un porcentaje total de 72% que significa que aún son un poco dependientes en algunas actividades.

-Sexualidad

Para determinar la autonomía en esta área los indicadores hacen referencia así el niño conoce su sexo, si tiene pudor, si maneja intereses sexuales adecuados y si evita que otras personas los toquen en partes inadecuadas de su cuerpo, entre otras.

En cuanto al área de sexualidad se obtuvieron los siguientes resultados: tres de los casos se encuentran por 70 y 80% y los otros tres se ubican en el 60%, los indicadores que impiden que estos tengan un porcentaje más alto son: manejo de sus necesidades sexuales y tiene pudor, muestra intereses sexuales adecuados que fue marcado en su gran mayoría como no domina. Para conocer el porcentaje total de autonomía en el área de sexualidad se tomaron en cuenta cada uno de los porcentajes de forma individual dando como resultado un porcentaje total de 68.3% que significa que aún son un poco dependientes en algunas actividades.

-Autocuidado

Esta área se refiere a que tan bien se puede cuidar el niño o si domina el cuidado de sí mismo, entre los ítems que se muestran tenemos los siguientes: si es que reconoce los alimentos en mal estado, si evita caída y evade obstáculos, evita quemaduras y peligros, entre otras.

En cuanto al área de autocuidado cuatro de los casos obtuvieron un puntaje que oscilan entre los 79 y 91%, dos de los casos se ubicaron en el 58%, entre los indicadores que impidieron que se obtenga el máximo puntaje tenemos a: evita situaciones con personas “extrañas” o “desconocidas” cuando las mismas pueden representar un peligro, anticipa situaciones de peligro; estos indicadores fueron unos de los marcados como necesita ayuda o no domina ya que los padres indican que sus hijos aun no discriminan el peligro, denuncia las agresiones que sufre fue otro de los que hacían mención diciendo que para conocer lo que sucede tienen que

indagar hasta que se enteran si sucede algo ya que sus hijos no piden ayuda o indican si alguien les agrede. Para conocer el porcentaje total de autonomía en el área de autocuidado se tomaron en cuenta cada uno de los porcentajes de forma individual dando como resultado un porcentaje total de 76% que significa que aún son un poco dependientes en algunas actividades.

Habilidades instrumentadas de la vida diaria

-Domésticas

Las habilidades domésticas como tal están enfocadas en conocer que tan independiente es el niño en su hogar, si realiza las diferentes actividades que se presentan en el mismo y si lo hace sin necesidad que se lo pida, también se podrán determinar qué tan autónomos les permiten ser sus padres involucrándolos en estas actividades

En cuanto a esta área solo dos casos obtuvieron puntajes del 82 y 84%, los otros cuatro casos oscilan entre el 63 y el 67%, entre los indicadores que impiden un mayor resultado son: ordenar el cuarto, preparar la mesa, recoger la mesa, lavar los platos, tender la ropa, barrer y recoger la basura. Para conocer el porcentaje total de autonomía en el área de habilidades domesticas se tomaron en cuenta cada uno de los porcentajes de forma individual dando como resultado un porcentaje total de 70.3% que significa que aún son un poco dependientes en algunas actividades.

-Accesibilidad al Medio

Por otra parte, tenemos el área de la accesibilidad al medio que está pensada para conocer si el niño tiene la facilidad de acceder al medio, al entorno no y que tan autónomo es, entre los ítems a tener en cuenta están el identificar las instituciones de servicios básico si se traslada solo o si lo hace en bus, si maneja dinero o realiza compras entre otras.

Esta es una de las áreas con menor puntaje, entre los resultados obtenidos tenemos que solo dos casos se posicionan en el 93%, otros dos se ubican el 50% y los dos últimos se encuentran en el 18 y el 37%, los indicadores que afectan a estos son: pide ayuda, se traslada solo a lugares conocidos, cruza calles, maneja dinero, realiza compras. Para conocer el porcentaje total de autonomía en el área de accesibilidad al medio se tomaron en cuenta cada uno de los porcentajes de forma individual dando como resultado un porcentaje total de 57.8% que significa que aún son un poco dependientes en algunas actividades.

A partir de los datos se identificaron una serie de cuestiones que pasan como comunes y que impiden que se logre la autonomía en ciertos aspectos, el tiempo o el desconocimiento de la utilidad que tienen la realización de cada una de estas actividades son unos de los factores que obstaculizan el progreso del niño, es

necesario que se incluya al niño en las diferentes actividades del hogar, por ser el medio en el cual pasa más tiempo y en el cual puede potenciar sus habilidades a partir un adecuado seguimiento al relocalizarlas.

4.2.- ANÁLISIS INTEGRADOR DE LOS INSTRUMENTOS APLICADOS (TRIANGULACIÓN)

Al realizar un análisis integrador de resultados mediante la triangulación se observa la existencia de congruencias con los resultados:

Del cuestionario para padres Evaluación Neuropsicológica Infantil (ENI) a partir de las preguntas rescatadas como fuente de información se introduce a cada una de las condiciones o diagnósticos presentados por los casos abordados y nos permite delimitar que los padres desean tener más información del origen y caracterización del problema, así como qué pueden hacer para manejar adecuadamente la inserción escolar y qué terapias de apoyo pueden empezar a implementar para ayudar a sus hijos a mejorar su calidad de vida.

Por otra parte, la ficha de Historia Psicoeducativa de niños nos permite conocer cómo es la interacción familiar, hábitos de alimentación y sueño, los hábitos escolares y cuál de estos necesitan ser atendidos, con respecto a esto se resumen que los padres han tratado en lo posible de ayudar a los hijos incluyéndolos en varias actividades para su desarrollo, ellos desean dejar de sentirse extraños e inseguros por falta de información ante la condición de sus hijos y que necesitan que se les capacite para seguir mejorando el trato y la atención de sus hijos.

El propósito del test de Goodenough y el cuestionario de Percepción del Funcionamiento Familiar (ff-sil) era clarificar en un primer momento el CI de los niños, para así conocer su estado actual, en cuanto al FFSIL se constató que en todos los casos el resultado era el de familias moderadamente funcionales corroborándolo que las familias se encuentran en ese nivel de funcionalidad por las diferentes situaciones que se presentan día a día referidas a las condiciones de discapacidad de sus hijos, los padres y familiares en general tienen que afrontar los diferentes aspectos de las mismas de tal forma que se puedan superar para poder aportar en conjunto hacia el beneficio mutuo del niño y el grupo familiar.

La información obtenida de la entrevista a los padres está relacionada a explorar el nivel de conocimiento, compromiso e intervención de los padres con respecto a las terapias y la relación con los terapeutas de sus hijos. Desde estas se puede deducir que los padres o cuidadores no conocen en su totalidad la condición de los niños y que los profesionales deben entrenar y capacitar a los padres para que estos

puedan ser coterapeutas de sus hijos y a partir de esto puedan seguir en casa con el trabajo a manera de reforzamiento de las actividades realizadas en terapia con el fin de mejorar el desarrollo del niño.

Como resultado de las entrevistas aplicadas a los terapeutas se determina que es necesario que los padres se involucren más en el avance y en el progreso del niño, que se les dé información en cuanto a las técnicas o formas de trabajar con los niños, para que puedan aplicar lo que se trabaja en el área con el fin que se replicara en el hogar. Es muy importante que la familia colabore ya que en las distintas áreas se trabaja poco tiempo y se necesita que la familia participe para que se vea una mejoría. Se tiene que formar a los padres para que empiecen a trabajar desde el hogar creando normas de comportamiento, límites firmes y desarrollar su autoridad, así como también interesarse e involucrarse en las actividades que se les envía para realizar en el hogar, ya que se han visto una mayor mejoría o mejor desarrollo en aquellos niños que sus padres intervienen de forma activa del proceso de terapia dentro y fuera del área.

De igual manera los registros de observación muestran que son muy pocos los terapeutas que les preguntan a los padres del desarrollo del niño en el hogar o escuela, por otra parte los padres se vinculan poco en la intervención de su hijo, es necesario que vean y aprendan lo que se hace y que pregunten o expresen sus dudas para poder beneficiar a sus hijos, los terapeutas que dan apertura y se muestran abiertos a las consultas de los padres o cuidadores, hacen que los padres se sientan con confianza en el área y puedan intervenir y participar en la terapia. Es necesario que el terapeuta explique al padre la actividad y la utilidad de la misma con el fin de que el padre la repita en casa o que realice las actividades varias de la vida cotidiana con la debida ayuda y supervisión de los padres con el fin de aumentar la autonomía del niño

En cuanto al Inventario de Habilidades Básicas e Instrumentales de Autonomía se pudo evaluar las capacidades y dificultades de los niños, dando como evidencia que, aunque hay un manejo de varias de las categorías aún existe un grado de dependencia significativo, se debe trabajar en todas las áreas y actividades para así poder llegar a potenciarlas. En ese proceso de trabajo se debe vincular a la familia en general siguiendo directrices de los terapeutas todo con el fin de favorecer el desarrollo el niño y logrando unos mejores resultados.

Estos resultados sugieren, en síntesis, que para que se pueda obtener éxito en la intervención de los niños con NEE es necesario que se desarrolle una adecuada relación entre los terapeutas, el usuario que son los niños y los padres, esta relación tiene que estar basada en orientar, capacitar y entrenar al padre con el propósito de beneficiar el desarrollo del niño, y a esto le podemos añadir que a un futuro se dé un mayor ejercicio de la autonomía y porque no una mayor adaptación escolar.

4.3.- DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El presente estudio se propuso con el objetivo de evaluar la incidencia de la relación terapeuta – usuario – padres de familia en el desarrollo de la autonomía, a partir de esto se procedió al estudio de varios actores con el fin de contrarrestar cuáles deben ser sus funciones dando como producto que para que se pueda dar la autonomía en los niños con NEE asociadas con discapacidad es necesario que se cuente con un profesional que guíe y modele los métodos y actividades a realizar con el fin de que todos los entornos en el que se desenvuelve el niño sean estos familia, escuela y comunidad se hagan presente de modo que su intervención este concatenada unos con otros para favorecer la adquisición de la autonomía.

Por lo tanto, para que un trabajo de intervención muestre resultados significativos hay que hacer énfasis en el trabajo con los padres, a través de la capacitación y entrenamiento de los mismos a través de talleres psicoeducativos que tengan como fin dotarles de información, despejar dudas y motivarles a trabajar de forma constante en cada uno de los entornos en los que se desenvuelve el niño, adaptando los mismos y proporcionando los estímulos necesarios para adquirir la autonomía todo esto por el bienestar de sus hijos y de ellos mismos, y para que estas intervenciones tengan el resultado esperado es necesario contar con la ayuda de “profesionales que tengan una buena base teórica, es decir, que sepa lo que es dicha discapacidad, cual es la etiología, cuáles son los cuidados para dar respuesta a las dudas y preguntas de la familia” (Guevara & Gonzalez, 2012, pág. 1045).

Es importante destacar que sea cual sea la discapacidad por la que pasa el niño es necesario intervenir, aunque su desarrollo sea lento, los padres tienen que dejar de lado aquellos pensamientos que encasillan a sus hijos como incapacitados y empezar a usar diferentes métodos para desarrollar el potencial del niño. Una mejora en la condición del niño dependerá en gran manera de contar con una familia que les brinde amor, que acepte, que los haga sentir incluidos, que les dé la posibilidad de ser lo más autónomos posibles y de contar con el apoyo de profesionales que primero crean en ellos como personas y luego como personas con discapacidad (Buzzo, 2014, pág. 16).

Dentro del trabajo como padres se encuentra el poder ejercer adecuadamente su rol, lograr establecer normas de comportamiento y límites que tengan como fin el bien común de la familia, es necesario que estas normas y límites sean respetados por cada uno de los miembros de la familia con el fin de seguir un mismo discurso ante las actitudes y comportamientos del niño, los padres son quienes que tienen que influir en que la familia tome la responsabilidad compartida de ayudar al niño

para que este pueda tener una mayor adaptación a los diferentes medios y que su comportamiento sea un factor más que sume un mejor desarrollo. Como lo menciona Llavona & Méndez 2012 “Un comportamiento consecuente y con sentido común ofrecerá al niño un mundo ordenado y previsible, que le permitirá confiar en el otro y en sí mismo” (pág. 106).

Haciendo alusión a uno de las ideas que resultaron del análisis en cuanto a que es necesario que los padres y cuidadores conozcan los progresos de sus niños en el aprendizaje y la realización de las técnicas, métodos o actividades, los padres y los terapeutas necesitan tener un mayores enlace entre ellos para involucrar más activamente a los primeros en el proceso de la terapia “en los cuales ellos sean protagonistas con sus hijos en los avances de ellos mismos, esto afirma la importancia de una planificación de apoyos adecuada, así como una retroalimentación” (Cabrera, Suarez, & Acuña, 2013, pág. 14).

Los resultados coinciden con la idea de que los padres o cuidadores tienen que estar al tanto de todo lo realizado en las diferentes áreas de terapia, cuál es la forma de trabajar, qué actividades se hacen y para qué sirve cada una, reforzar lo trabajado desde el hogar, como lo menciona el siguiente autor; la familia debe ser considerada parte del equipo de atención temprana, incluyendo a los padres como coterapeutas del equipo, generando instancias de sesiones conjuntas donde se definan metas realistas y se discuta el procedimiento a seguir para alcanzar determinado objetivo: como se llevará cabo, en que momento del día, en qué espacio físico del lugar, que materiales se utilizaran (Riccardi, 2014, pág. 31).

Los trabajos de las terapias deben darse de tal forma que el niño tenga acceso y pueda adaptarse al área o la terapia, el adaptar el medio al niño es necesario en un primer momento para que domine ciertas actividades básica para luego expandirse hacia nuevas actividades y nuevos entornos o áreas. “los padres y profesionales deben hacer todo lo posible para proporcionar tanto un medio ambiente tranquilo y apropiado como los objetos adecuados según la edad del niño para ejercitar su ingenio” (Llavona & Mendez, 2012, pág. 108)

En cuanto al trabajo que deben hacer los padres en el hogar como forma de reforzar lo realizado en terapias se puede llevar a cabo la implementación o el uso de las actividades que se presenten dentro del hogar, de forma sistematizada siguiendo una rutina de actividades del hogar, pueden valerse de los implementos del hogar, artículos u objetos reciclables o de bajo costo usando su creatividad para potenciar así el desarrollo del niño. Como lo indica Candel 2004 (citado de Riccardi,2014) Afirma que un medio ambiente estructurado y rico en estímulos va a ayudar al niño en este propósito, siempre y cuando no se lo sobre estimule, insistiendo en la conveniencia de una estimulación natural, aprovechando las situaciones ordinarias que se presentan en la vida cotidiana (pág. 31), de igual forma Riccardi, 2014

propone lo necesario de “orientar a los padres a proponer actividades que sean funcionales, que sirvan para acciones cotidianas, y que no sean mecánicas, sino que se inserten en el contexto de juegos espontáneos y motivadores” (pág. 32).

Otra de las estrategias que podrían usar los padres para aportar al desarrollo del niño son actividades lúdicas que se basen en el juego, haciéndolo agradable para añadir aprendizajes significativos a través del mismo como lo menciona Sepúlveda et al, (2012), “el juego que otorga oportunidades de crecimiento físico, emocional, cognoscitivo, social y moral; es decir desde el punto de vista constructivista evolutivo, favorece el desarrollo psicológico de la persona, en las distintas áreas, cognitiva, afectiva, social y moral (pág. 28), de la misma forma refuerza Damián Díaz (citado de Riccardi, 2014) quien manifiesta que el juego es el medio por el cual avanza el desarrollo psicológico de todo niño, independiente de sus capacidades, propiciando su curiosidad y motivándolo a involucrarse en episodios interactivos y sociales (pág. 33). Por otra parte Del Castillo Pérez (citado de Riccardi, 2014) afirma que el juego tiene ciertas consecuencias a nivel evolutivo para el niño: amplía su conocimiento del mundo físico; se ejercita en la práctica de las relaciones sociales; desarrolla estrategias de cooperación y comunicación con sus iguales, o con los adultos que se relacionan con él en las situaciones de juego (pág. 33).

En resumen, cada uno de los actores mencionados anteriormente (terapeutas, padres de familia o cuidadores) deben establecer una relación en donde el desarrollo del niño sea el principal objetivo junto, se debe determinar el tipo de intervención que se llevara a cabo para lograrlo, realizar actividades enfocadas en pequeños objetivos para luego alcanzar mayores. A largo plazo, el objetivo es que el niño se desenvuelva con el mayor grado de autonomía posible, la adquisición del conocimiento y aprendizaje de habilidades debe darse en unas condiciones que sean auténticas, incluyendo para ello actividades que reflejen la realidad y las demandas de la vida diaria (Riccardi, 2014, pág. 32), son estas demandas de la vida diaria las que se tiene que abarcar como una de las primeras formas de terapia, la adecuada realización de las mismas aportaran relevantemente al desarrollo y evolución del niño.

CONCLUSIONES

Este trabajo ha permitido extraer una serie de conclusiones a partir de los resultados obtenidos en el análisis de las entrevistas, registro de observación y test aplicados a usuarios (niños), padres de familia o cuidadores y terapeutas. A continuación, se plantean las siguientes conclusiones:

El conocer la relación que se da entre terapeutas y padres tiene como base profundizar en la misma con el fin que desencadene una mayor autonomía en el niño, cabe recalcar que aquellos profesionales o terapeutas que dentro de sus métodos tienen como opción implicar a la familia o cuidadores obtienen mejores resultados, ya que la familia es el contexto inicial, el más duradero, uno de los contextos más importantes del desarrollo del individuo.

Por otra parte, hay que empezar a entender y asimilar a la familia como un entorno educativo, dando la oportunidad de que los padres, hermanos, cuidadores y todo el entorno del niño se sumen al terapeuta y al proceso terapéutico para ayudar a conectarlos cada vez más.

Es necesario entrenar a los padres y familiares en general con el fin de que participen como coterapeutas de sus hijos estimulando así en ellos nuevas habilidades. La mayoría de los padres se mostrarán más participativos en las terapias si notan que los terapeutas cuentan con ellos, eso los motiva a estar más presentes, a preguntar o consultar aspectos relacionados al desarrollo de su niño, todo para mejorar su condición.

Es imposible lograr el éxito si el terapeuta esta desconectado de los niños, de sus padres y de lo que tiene que hacer para ayudar, por estas razones es necesario mostrar y generar empatía, saber escuchar, incrementar la interacción y llevar una comunicación periódica, así mismo hay que dejar reglas claras dentro del proceso de terapias, que aporten al proceso con el fin de orientar a mejorar las prácticas de crianza, fomentar que la relación padre e hijo se más positiva y que se lleven a cabo los métodos o técnicas de tal forma que los resultados sean buenos.

Es importante destacar que para que todo esto inicie es necesario capacitar a los padres y cuidadores de tal forma que olviden aquellas ideas erróneas de que es la institución, los profesionales o los terapeutas quienes tienen que encargarse de toda la mejoría del niño, se quiere entrenar a los padres por medio de la realización de talleres formativos que se enfoquen en la participación de la familia en el que hacer terapéutico, se pretende que la familia sea uno de los principales agentes de intervención. Familia y Terapeutas como agentes de autonomía. Todo esto como una propuesta de intervención.

RECOMENDACIONES

-Realizar investigaciones e intervenciones para el mejoramiento de competencias de los diferentes profesionales que trabajan con personas con discapacidad y sus familias.

-Implementar talleres psicoeducativos en el Centro integral de equinoterapia como una estrategia para dotar de información, herramientas y técnicas a los padres, cuidadores y familiares en general de personas con discapacidad con el fin de mejorar la participación y colaboración de la familia en el proceso terapéutico para que puedan efectuar un seguimiento en sus hogares y reforzar lo realizado en las terapias para así aumentar el desarrollo y autonomía del individuo.

-Formar a los estudiantes de la Facultad de Ciencias Psicológicas con el fin de que al realizar las intervenciones en el lugar de prácticas estas no sean mecánicas sino más bien humanizadas de tal forma que el trato y la atención que se brinden obtengan mejores resultados de los que se esperan.

Es necesario olvidar aquellas ideas que no nos dejan creer y soñar que nuestros hijos pueden Mejorar...

Hay que empezar a Soñar, a Creer y a Crear por ellos y por nosotros mismos.

Edison Meza Alay

BIBLIOGRAFÍA

Agenda Nacional para la igualdad en Discapacidades. (2013-2017). Quito: Equipo tecnico del consejo nacional de discapacidades.

Alvarez, A. V. (2013). *Intervenciones Psicologicas para el desarrollo emocional del niño con discapacidad y su familia.* Palermo.

Apesteguy, M. F. (2015). *La teoria del apego y su vinculacion con la discapacidad.* Montevideo.

Buzzo, A. G. (2014). *Apego y Discapacidad.* Paysandu, Uruguay.

Cabrera, V., Suarez, A., & Acuña, L. (2013). *Necesidades de educacion de familias con hijos e hijas con Discapacidad Intelectual.* Chia- Cundinamarca.

El Universo. (5 de Febrero de 2015). Obtenido de Trabajo en conjunto favorece inserción en educación regular:

<http://www.eluniverso.com/noticias/2015/02/05/nota/4520316/trabajo-conjunto-favorece-insercion-educacion-regular>

Fiuza, M. J., & Fernandez, M. P. (2014). *Dificultades de aprendizaje y trastornos del desarrollo, Coleccion Psicologia, Seccion Pedagogia y Didactica.* Madrid: Ediciones Piramide.

Garcia, V., Perez, M. L., Guillen, E., Gordillo, M. J., & Aguilar, F. (2013). *Autonomia y Discapacidad: HAbilidades en el cuidado personal. International Journal of Developmental and Educational Psychology Revista de Psicologia, 595-602.*

- Guevara, Y., & Gonzalez, E. (2012). Las Familias ante la discapacidad. *Revista Electronica de Psicologia Iztacala*, 1023-1047.
- Handal, M. W. (2014). *El impacto de la discapacidad intelectual en la familia*.
- Llavona, L. M., & Mendez, F. X. (2012). *Manual del Psicologo de familia*. Madrid: Ediciones Piramide.
- Lopez, H. (2012). *Deteccion y Evaluacion de Necesidades Educativas Especiales: Funcion del Psicologo como personal implicado en la atencion a la diversidad desde los servicios educativos*. Madrid: Psicologia Educativa.
- Luque, D. (2013). Necesidades Especificas de Apoyo Educativo del alumnado con discapacidades sensorial y motora. *Summa Psicologica UST*, 57-72.
- Martinez de Carnero, R. (s.f.). *Autonomia, Autodeterminacion y Discapacidad*. UAM, Facultad de Psicologia.
- Ministerio de Educacion. (2016). *Instructivo para la evaluacion y promocion de estudiantes con necesidades educativas especiales*. Ministerio de Educacion.
- Navarro, E., Valadez, M. d., Soltero, N., Zambrano, R., Nava, G., & Sandoval, J. (2013). *Programa de entrenamiento cognitivo conductual para padres de niños con trastorno del espectro autista*. Guadalajara: Revista de Educacion y Desarrollo.
- Nuñez, D. S. (2013). *La inclusion de la familia en el tratamiento del niño autista*. Buenos Aires-Argentina.

Organizacion Mundial de la Salud. (2011). *Informe Mundial sobre la Discapacidad*.

Ediciones de la OMS.

Orozco, M. E. (2015). *Equinoterapia y Discapacidad: Un abordaje desde la*

Psicologia. Montevideo- Uruguay.

Riccardi, E. (2014). *El Rol del Psicologo en la atencion temprana de niños con*

syndrome de Down. Montevideo.

Rodriguez, J. (2012). *Representaciones sociales de padres y maestros en relacion*

con la inclusion educativa de preescolares con discapacidad visual.

Universidad de Sabana: Facultad de Psicologia.

Rodriguez, M., & Martinez, M. (2015). *La teoria familiar sistematica de Bowen*.

Aravaca-Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España, S.L.

Sanchez, M. A., Martinez, E., Moriana, J., Luque, B., & Alos, F. (2014). La atención

temprana en los trastornos del espectro autista (TEA). *Psicología Educativa*

Elsevier España.

Schaefer, C. E. (2012). *Fundamentos de la Terapia de Juego*. Mexico: Manual

Moderno.

Sepulveda, M. G., Hernandez, A. M., Castro, C., Hernandez, C., Osorio, E., Vieyra,

M., & Alcaíno, C. (2012). *Psicoterapias Evolutiva Constructivista en niños y*

Adolescentes: Metodos y tecnicas terapeuticas. Santiago, Universidad de

Chile: Coleccion Praxis Psicologica.

ANEXOS

Entrevistas realizadas a Terapeutas del Centro Integral de Equinoterapia

Fecha: **Hora:**

Lugar:

Entrevistador:

Entrevistado:

Preguntas

- 1- ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en el centro?
- 2- ¿Cuáles son sus funciones?
- 3- ¿Cómo es el trabajo con los padres del centro?
- 4- ¿Qué tipo de apoyo (métodos y técnicas) presta a un niño con Nee
- 5- ¿Considera importante la relación familia- terapeuta?
- 6- ¿Cree que existe suficiente participación de los padres en la educación y evolución de sus hijos?
- 7- ¿Tiene dificultades para relacionarse con las familias de estos niños?
- 8- ¿Los padres solicitan hablar con usted sobre la evolución de su hijo?
- 9- ¿Explica al padre la actividad y la utilidad de la misma con el fin de que el padre la repita en casa?
- 10-¿De que manera los padres pueden ayudar a su hijo para una futura autonomía?

**Entrevistas realizadas a familiares y personas vinculadas a niños que
asisten al Centro Integral de Equinoterapia**

Fecha: **Hora:**

Lugar:

Entrevistador:

Entrevistado:

Preguntas

- 1- ¿Qué conoce de la condición y el tratamiento que necesita su hijo?
- 2- ¿Qué fuentes utiliza para buscar información?
- 3- ¿Cada cuánto día por semana cree que necesita el niño someterse a terapia?
- 4- ¿Conoce al terapeuta de su hijo?
- 5- ¿Le gustaría tener más información acerca del tratamiento que necesita su hijo?
- 6- ¿Conoce las técnicas/métodos utilizadas por el terapeuta en el tratamiento de su hijo?
- 7- ¿Le gustaría participar más del tratamiento de su hijo?
- 8- ¿Mantiene entrevistas con los terapeutas acerca del avance de su hijo?
- 9- ¿El terapeuta le brinda información necesaria para que pueda trabajar con su hijo?
- 10- ¿Cree que los métodos que utilizan los terapeutas son útiles?

GUÍA DE OBSERVACIÓN

Estudio sobre la relación de padres y terapeutas de niños con NEE del CIE

Episodio o situación:

Fecha:

Horas:

Participantes:

Lugar:

Observador:

1. Que terapias recibe el niño
2. El terapeuta conoce el diagnóstico o condición del niño
3. Las actividades que realiza el terapeuta siguen alguna secuencia
4. El terapeuta pregunta y se interesa por cómo el niño ha trabajado en casa
5. El padre pregunta qué actividad realizaron y cómo le fue en la sesión al niño
6. El padre se siente en confianza de hacer preguntas relacionadas a la mejora o evolución de su hijo
7. En las áreas abiertas el padre participa activamente con su hijo
8. Los elementos del área se prestan para el aprendizaje y participación de los padres
9. El terapeuta explica al padre la actividad y la utilidad de la misma con el fin de que el padre la repita en casa
10. El terapeuta orienta al padre a la realización de actividades varias de la vida cotidiana con el fin de aumentar la autonomía del niño

Inventario de Habilidades Básicas e Instrumentales de Autonomía y Preparación para la Vida Adulta

Datos Generales

Nombre del niño(a) evaluado(a): _____

Fecha de la Evaluación: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Sexo: _____

Edad Cronológica: _____

Edad de Desarrollo: _____

Indicaciones para Padres de Familia

El cuestionario evalúa diferentes áreas, como se aclara en la siguiente tabla:

HABILIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA	HABILIDADES INSTRUMENTADAS DE LA VIDA DIARIA
Alimentación	Domésticas
Vestido	Accesibilidad al Medio
Evacuación	
Higiene	
Sexualidad	
Autocuidado	

Para completar el cuestionario, usted deberá leer cada uno de los ítems detenidamente, marcando en la opción adecuada la respuesta que corresponda a las características y habilidades de su hijo(a), teniendo en cuenta que:

- **No Domina:** Cuando no hay ningún intento o intención de realizar la actividad por parte del niño, incapacidad para comprender la instrucción o para imitarla.
- **Necesita Apoyo:** Cuando el niño es capaz de realizar la actividad, pero necesita algún nivel de apoyo por parte de otras personas, tales como ayudarlo a hacerlo, adelantarle una parte de la conducta o insistirle y explicarle verbalmente de para que logre realizarla.
- **Domina:** Cuando el niño es capaz de realizar la conducta por su cuenta, partiendo por la decisión, organización de la conducta y su realización plena, sin la participación del adulto.

Evaluación de Habilidades Básicas de la Vida Diaria

No.	HABILIDADES BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN	No Domina (0)	Necesita apoyo (1)	Domina (2)
1 P H (2 años)	Respetar los alimentos de otros			
	Utiliza cubiertos			
2 P (2 ½ años)	Cuchara			

3 P (3 años)	Tenedor			
4 P (5 años)	Cuchillo			
5 P H (2 a 5 años)	Pela frutas y verduras (describa al dorso cuales y la forma)			
6 P (3 años)	Puede beber de vasos			
7 P (3 años)	Mastica adecuadamente			
8 P (3 años)	Mantiene la mesa limpia mientras come (no derrama la comida)			
9 P (4 años)	Mantiene la boca cerrada mientras mastica			
10 P (4 a 5 años)	Utiliza servilletas, se limpia			
11 P I H (2 a 5 años)	Desempaqueta y/o abre alimentos			
12 P (5 años)	Se mantiene sentado mientras come			
13 P (5 años)	Puede comer solo			
Total de Puntos				

No.	HABILIDADES BÁSICAS DE VESTIDO	No Domina (0)	Necesita apoyo (1)	Domina (2)
1 P (2 a 2 m)	Se quita los zapatos			
2 P (2 a 2 m)	Se quita los calcetines			
3 P (2 a 2 m)	Se quita el pantalón			
4 P (2 a 2 m)	Se quita la playera			
5 H (2 ½ años)	Se quita prendas interiores			
6 P (3 años)	Se pone los zapatos			
7 P (3 años)	Se desata los zapatos			
8 P (3 años)	Se pone los calcetines			
9 P (4 años)	Baja cremalleras (cierres o zippers)			
10 P (4 años)	Sube cremalleras (cierres o zippers)			
11 P (4 a 5 años)	Pone agujetas en el zapato			
12 P (5 años)	Desabotona la camisa			
13 P (5 años)	Abotona la camisa			
14 P (5 años)	Desabotona el pantalón			
15 P (5 años)	Abotona el pantalón			

16 P (5 años)	Abre broches			
17 P (5 años)	Cierra broches			
18 H (5 años)	Se pone prendas interiores			
19 P (5 años)	Se pone pantalón			
20 P (5 años)	Se pone playeras			
21 P (5 años)	Se quita camisa o blusa			
22 P (5 años)	Se pone camisa o blusa			
23 P (5 años)	Se pone el cinturón por las trabillas			
24 P (5 años)	Se ajusta y abrocha el cinturón			
25 P (6 años)	Se acordona las agujetas (hacer el nudo)			
26 H (5 a 6 años)	Se viste solo			
Total de Puntos				

No.	HABILIDADES BÁSICAS DE EVACUACIÓN	No Domina (0)	Necesita apoyo (1)	Domina (2)
1 P I H (2 ½ años)	Avisa para ir al baño (usa palabras, imágenes o gestos)			
2 I H (2 ½ años)	Puede dirigirse solo al baño cuando lo necesita			
3 P I H (4 años)	Usa papel higiénico			
4 P I H (3 a 5 años)	Puede esperarse para ir al baño			
5 H (3 a 4 años)	Controla el esfínter nocturno			
6 P I H (4 a 5 años)	Demanda privacidad para evacuar			
7 P I H (5 años)	Domina las acciones de bajar y subir su ropa cuando va al baño			
8 P I H (5 años)	Cuida la higiene del baño al evacuar			
9 P I H (18 m a 5 a)	Controla esfínter anal (aclarar al dorso la forma y el nivel)			
10 P I (18 m a 5 a)	Controla esfínter vesical (aclarar al dorso la forma y el nivel)			
Total de Puntos				

No	HABILIDADES BÁSICAS DE HIGIENE PERSONAL	No Domina (0)	Necesita apoyo (1)	Domina (2)
	Domina la rutina del lavado de manos y cara			
1 P	Puede abrir el grifo			

(2 ½ a)				
2 P (3 a 3 ½ a)	Cierra el grifo			
3 P (4 años)	Usa adecuada cantidad de jabón			
4 P (4 años)	Deja la toalla en el lugar adecuado o pone el papel en la basura			
5 P (4 a 4 ½ a)	Retira todo el jabón de las manos al enjuagarse			
6 P (5 años)	Se frota las manos adecuadamente			
7 P (5 años)	Se enjabona la cara adecuadamente			
8 P (5 años)	Retira todo el jabón de la cara al enjuagarse			
9 P (5 años)	Seca bien su cara			
10 P (5 a 8 años)	Seca bien sus manos			
11 P (5 a 8 años)	Se cepilla o peina el cabello			
	Domina la rutina del cepillado de dientes			
12 P H (2 años)	Identifica su cepillo de dientes			
13 P (2 años)	Escupe la espuma			
14 P (3 años)	Guarda y conserva los artículos del cepillado de dientes			
15 P (3 a 4 años)	Puede poner la pasta en el cepillo de dientes			
16 P (3 a 5 años)	Limpia su cepillo de dientes			
17 P (5 a 8 años)	Pone adecuada cantidad de pasta en el cepillo de dientes			
18 P (6 a 8 años)	Se cepilla adecuadamente los dientes y molares			
19 P (6 a 8 años)	Se enjuaga adecuadamente			
	Domina la rutina del bañado			
20 H (5 años)	Se quita su ropa			
21 H (6 a 8 años)	Abre el grifo y regula la temperatura del agua			
22 H (6 a 8 años)	Enjabona adecuadamente su cuerpo			
23 H (6 a 8 años)	Enjabona adecuadamente su cabeza			
24 H (6 a 8 años)	Al momento de enjabonarse toma en cuenta detalles como el lavado de oídos, de uñas y de órganos genitales			
25 H (6 a 8 años)	Se enjuaga adecuadamente			
26 H (6 a 8 a)	Se seca adecuadamente			
27 H (6 a 8 años)	Deja el baño ordenado al terminar			
28 H P (6 a 8 años)	Controla y regula el gasto de agua mientras se baña, lava su cara, etc			
29 H P (6 a 8 años)	Usa cremas adecuadamente			

30 H P (6 a 10 a)	Usa perfumes adecuadamente			
31 H P (5 a 8 años)	Usa gel adecuadamente			
32 H P (8 años)	Se corta las uñas			
33 H (9 a 15 a)	Usa almohadilla sanitaria (solo para sexo femenino)			
34 H P (12 a 15 a)	Usa desodorantes adecuadamente			
35 H P (14 a 16 a)	Se rasura			
	Posee Hábitos Higiénicos Establecidos (frecuencia, necesidad diaria)			
37 H (4 a 6 años)	De Bañarse			
38 H (5 años)	De Lavarse los Dientes			
39 H (5 años)	De Lavarse las manos			
	Total de Puntos			



No	HABILIDADES BÁSICAS DE SEXUALIDAD	No Domina (0)	Necesita apoyo (1)	Domina (2)
1 P (3 años)	Conoce su sexo			
2 H (5 a 6 a)	Maneja sus necesidades sexuales			
3 H I (5 a 6 años)	Tiene pudor			
4 H I (5 a 6 años)	Muestra intereses sexuales adecuados			
5 H I (6 a 8 años)	Evita que otras personas lo (la) toquen en partes inadecuadas de su cuerpo			
	Total de Puntos			



No	HABILIDADES BÁSICAS DE AUTOCUIDADO	No Domina (0)	Necesita apoyo (1)	Domina (2)
1 P I H (1 ½ a 2 a)	Reconoce alimentos en mal estado			
2 P I H (2 a 4 años)	Evita caídas			
3 I H (2 a 3 años)	Señala adecuadamente la sensación de malestar o dolor			
4 I H (2 a 3 años)	Evita situaciones con personas “extrañas” o “desconocidas” cuando las mismas pueden representar un peligro			
5 P H (2 a 3 años)	Se antecede a situaciones dolorosas y reacciona con conductas para evitarlas (inyecciones, entre otras)			
6 I H (2 a 3 años)	Aterriza sacando las manos			
7 P	Evade objetos en su camino			

(2 a 5 años)				
8 P I H (3 años)	Esquiva golpes			
9 P (3 años)	Evade objetos que se dirigen hacia él			
10 I H (3 a 4 años)	Denuncia las agresiones que sufre			
11 P I H (6 años)	Anticipa situaciones de peligro			
12 I H (6 años)	Evita quemaduras			
	Total de Puntos			

Evaluación de Habilidades Instrumentales de la Vida Diaria

No.	Habilidades Domésticas	No Domina (0)	Necesita apoyo (1)	Domina (2)
* 1 P H (2 a 5 años)	Abre la puerta			
* 2 P H (3 años)	Guarda objetos			
* 3 P H (3 años)	Bota la basura			
* 4 P (3 a 4 años)	Descarga el baño			
* 5 P (3 a 5 años)	Abre ventanas			
* 6 P (3 a 5 años)	Cierra ventanas			
7 P (3 a 5 años)	Riega plantas			
* 8 P H (3 a 5 años)	Coloca los objetos en su lugar			
9 P (3 a 5 años)	Usa equipos electrodomésticos			
* 10 P H (5 años)	Prepara la mesa			
11 H (5 años)	Ordena su cuarto			
* 12 P H (5 años)	Recoge la mesa			
* 13 P H (5 a 8 años)	Recoge la basura			
* 14 P (5 a 7 años)	Enciende y apaga luces			
15 P H (5 a 10 años)	Prepara recetas de cocina sencillas			
16 P H (7 años)	Responde al teléfono			
17 P H (7 a 10 años)	Lava trastes			
18 P H (8 años)	Utiliza recogedor			
19 H (10 a 15 a)	Tiende ropa			
20 H P (10 a 15 a)	Tiende la cama			

21 H (10 a 15 a)	Lava ropa			
22 P H (10 a 15 a)	Barre			
23 P H (10 a 15 a)	Limpia el suelo			
24 P H (10 a 15 a)	Limpia ventanas			
25 P H (10 a 15 a)	Limpia muebles			
26 P H (15 años)	Plancha ropa			
Total de puntos				

No.	Habilidades de Accesibilidad al Medio	No Domina (0)	Necesita apoyo (1)	Domina (2)
* 1 I H (3 años)	Pide ayuda			
* 2 P I H (3 a 6 años)	Identifica servicios básicos (hospital, escuela)			
* 3 H (4 años)	Reconoce trayectos habituales			
4 H (5 a 7 años)	Se traslada solo a lugares cercanos			
5 P H (7 a 10 años)	Cruza calles con precaución			
6 P H (7 a 10 años)	Maneja dinero			
7 P H (7 a 10 años)	Realiza compras			
8 H (10 a 12 a)	Utiliza medios de transporte			
Total de puntos				

CUESTIONARIO ESPECIAL A PADRES

(Para ser contestado solo por los padres de familia del alumno)

Nombre(s) de la(s) persona(s) que completa(n) el cuestionario.

Conteste el siguiente grupo de preguntas referentes al área de autonomía de su hijo(a).

1. **¿Cómo califica el nivel de autonomía de su hijo(a)?** (Se refiere a la capacidad de su hijo para ser autónomo e independiente en diferentes áreas de autonomía)

	Independiente (no necesita apoyo)	Un Poco Dependiente (necesita algún nivel de apoyo, pero hace una parte de la actividad solo))	Dependiente (Necesita apoyo permanente para atender a su necesidad)
Alimentación			

Higiene (lavado de dientes, de manos, bañarse, etc.)			
Control de esfínteres			
Vestido-desvestido			
Habilidades domésticas (limpiar, lavar trastes, recoger su habitación, ordenar sus cosas)			
Autocuidado (identificación de peligros, cuidado de su salud, etc.)			
Accesibilidad al medio (identificación de lugares y recorridos, hacer encargos, usar transportes, etc.)			
Comunicación (para solicitar apoyo, o pedir lo que necesita)			

Marque con una (x) cuáles considera usted que son las causas del nivel de dependencia que tiene su hijo actualmente para llevar a cabo las actividades de autonomía.

- ☐ Lo sobreprotege demasiado
☐ En realidad no puede hacerlo solo(a), debido a su nivel de discapacidad intelectual
☐ En realidad no puede hacerlo solo(a), debido a su torpeza y dificultades motoras
☐ El niño(a) es muy pasivo y acomodado, no le interesa hacerlo por su cuenta
☐ Realiza las actividades de forma muy lenta, y usted no tiene tiempo de “esperar”
☐ Usted no ha tenido tiempo para enseñarle, o no sabe cómo hacerlo
☐ Otras razones, ¿cuáles?

¿Considera que de acuerdo a las capacidades que tiene su hijo usted le da:?

a) Más apoyo del que necesita b) El apoyo que necesita c) Menos apoyo del que necesita

- 2. Considera usted que su hijo(a) necesita supervisión y cuidado, para evitar situaciones que puedan ser peligrosas para él, para otras personas o para objetos ya sean del hogar o de otros lugares:** (encierre en un círculo la opción)

a) Todo el tiempo b) La mayor parte del tiempo c) Solo en algunas situaciones d) Nunca

De un ejemplo _____

- 3. ¿En que área(s) de autonomía considera usted que su hijo(a) necesita mayor nivel de apoyo actualmente?**

Alimentación	
Higiene	
Control de esfínteres	
Vestido-desvestido	
Habilidades domésticas	
Autocuidado	
Accesibilidad al medio	
Comunicación	

- 4. ¿Cuáles son sus principales preocupaciones con respecto a la autonomía de su hijo(a) actualmente?**

5. **¿En particular, que áreas y actividades de autonomía le gustaría que fueran objetivo de trabajo educativo de la escuela para el período que comienza?** (que habilidades específicas le gustaría que le enseñáramos al niño(a))

—
A su juicio, el nivel de apoyo e información que usted recibe de la institución, con respecto al entrenamiento en autonomía de su hijo, lo considera:

- ___ Nulo, no se le da ningún apoyo u orientación
___ Muy limitado, insuficiente
___ Adecuado
___ Excesivo (se recomiendan más actividades de las que su hijo(a) es capaz de aprender)
___ Otro ¿cuál?

7- ¿Qué sugerencias le haría usted a la institución para mejorar el trabajo del área de autonomía en lo que respecta a la atención de su hijo(a)?

ESCALA DE INTELIGENCIA DE GOODENOUGH



CUESTIONARIO DE PERCEPCION DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SIL)

A continuación, se presentan situaciones que pueden ocurrir en su familia de manera cotidiana. Marque con una X en la casilla que le corresponda a su respuesta, según la frecuencia en que ocurre la situación.

N°	SITUACIONES FAMILIARES	1 Casi nunca	2 Pocas veces	3 A veces	4 Muchas Veces	5 Casi siempre
1	De conjunto, se toman decisiones para cosas importantes de la familia.					
2	En mi casa predomina la armonía.					
3	En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades					
4	Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.					
5	Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa					
6	Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos					
7	Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles.					
8	Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás lo ayudan.					
9	Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado					
10	Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones					
11	Podemos conversar diversos temas sin temor					
12	Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas					
13	Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar					
14	Nos demostramos el cariño que nos tenemos					

CALIFICACIÓN

De 57 a 70 Familia Funcional

De 43 a 56 Familia Moderadamente Funcional

De 28 a 42 Familia Disfuncional

De 14 a 27 Familia Severamente Disfuncional

Suma el número de Ítem que se indica y conozca el resultado.

	Suma
1 y 8..... Cohesión	_____
2 y 13..... Armonía	_____
5 y 11..... Comunicación	_____
7 y 12..... Permeabilidad	_____
4 y 14..... Afectividad	_____
3 y 9..... Roles	_____
6 y 10..... Adaptabilidad	_____

Caso 1

Datos generales:

Nombres: "A"

Edad: 10

Sexo: Hombre

Lugar y fecha de nacimiento: Guayaquil, 12 de febrero del 2007

Escolaridad: EGB Elemental (quinto grado)

Estado civil: Soltero

Ocupación: Estudiante

Domicilio: Geranios II Mz1002 v23

Diagnóstico: Cie 10 Trastorno del espectro autista F84.0

DSM5 Trastorno del espectro autista 299.00 Grado 1 "Necesita ayuda"

Antecedentes personales:

Descripción pre, peri y posnatal: El embarazo duró 9 meses, a los 2 años y medio de edad la mamá noto por primera vez que su comportamiento era poco común para los niños de su edad y que no se desarrollaba igual que los demás, tenía dificultad para hablar, para poner atención, no controlaba su comportamiento en ciertas situaciones, presentaba una aguda torpeza motora, rituales y rigidez mental relacionadas con ideas o temas que se volvían obsesivos, en la actualidad la madre menciona que se han avanzado en varios aspectos como la dificultad de hablar y la aguda torpeza motora y que aún sigue trabajando lo relacionado al control de su comportamiento, la atención y la inserción en nuevos temas o ideas de interés con el fin de expandir sus intereses en otras cosas. Fue diagnosticado con Trastorno del espectro autista leve o también conocido como de alto funcionamiento ...

Antecedentes familiares:

Estructura y composición familiar: "A" proviene de una familia nuclear. Actualmente habitan en casa el papá (40 años), mamá (48), hermano (8).

Antecedentes patológicos familiares: No hay antecedentes de TEA en la familia de "A". ...

Condición actual: Actualmente, "A" ha desarrollado un lenguaje aparentemente normal y sus procesos cognitivos también se mantienen en la norma gracias a la ayuda e involucramiento a tiempo completo de la madre, quien se empeñó en buscar información y ayuda profesional en diferentes lugares para el bienestar de su hijo, indica que el CIE también ha sido de gran ayuda y nos menciona las diferentes áreas de terapia a las que asiste que son: Musicoterapia, Horticultura, Bailoterapia y Equinoterapia desde hace 3 años y medio.

Características personológicas actuales:

Desarrollo en el ámbito familiar: Según comenta la madre, "A" es tranquilo en casa, es calmado y activo a la vez, en ocasiones grita cuando se emociona, no le gustan los abrazos y las caricias, pero es cariñoso con sus padres y hermano de una forma en particular por medio de "arrumacos e incones". Mantiene buena relación con su hermano con quien habla y realiza juegos de temas de su interés que suelen ser repetidos constantemente, se lleva bien con el papá quien dedica sus horas después de llegar del trabajo, suele pasar más tiempo con su mamá quien indica que para hablar con él tiene que hacer preguntas de cada una de

las cosas que realiza en el día, en ocasiones intenta seguir con ideas o temas repetidos en base a sus gustos como “comics o historietas” pero la mamá le cambia el tema con el fin de que él pueda expandir sus saberes. Es alegre, honesto, directo.

Desarrollo en el ámbito escolar: La madre relata que “A” sí hace las tareas en la escuela y no recibe quejas de su comportamiento, tiene una gran capacidad de memoria, es buen estudiante, obediente a sus profesores y realiza sus actividades escolares con regularidad.

Caso 2

Datos generales:

Nombres: “B”

Edad: 13

Sexo: Mujer

Lugar y fecha de nacimiento: Guayaquil, 24 de marzo del 2004

Escolaridad: No asiste a la escuela

Estado civil: Soltera

Ocupación: Labores diarias

Domicilio: Ciudadela Metrópolis II

Diagnóstico: Cie 10 Trastorno del espectro autista F84.0

DSM5 Trastorno del espectro autista 299.00 Grado 2 “Necesita ayuda notable”

Antecedentes personales:

Descripción pre, peri y posnatal: El embarazo fue llevado con regularidad, a los seis meses de edad la mamá noto por primera vez que su comportamiento era poco común para los niños de su edad, “B” tenía dificultad para comprender, para hablar, para poner atención, no controlaba su comportamiento en ciertas situaciones que le frustraban, hacia berrinches constantemente, presentaba torpeza en sus movimientos y su desarrollo era más lento que el de otros niños de su edad, en la actualidad ha tenido avances en algunos aspectos como en el seguir consignas ante determinada actividad e interactúa con sus compañeros, siempre quiere jugar y se lleva bien con terapeutas, aunque aún presenta la ausencia del desarrollo del lenguaje se comunica de forma gestual para conseguir lo que desea y aún sigue trabajando lo relacionado al control de su comportamiento en cuanto a su reacciones ante actividades que le frustran y para que se vuelva más independiente. Fue diagnosticada con Trastorno del espectro autista Grado 2 que significa que “Necesita ayuda notable”.

Antecedentes familiares:

Estructura y composición familiar: “B” proviene de una familia extensa. Actualmente habitan en casa el papá (50 años), mamá (49), hermana (24), hermana (19) y el esposo de su hermana (25).

Antecedentes patológicos familiares: No hay antecedentes de TEA en la familia de “B”. ...

Condición actual: Actualmente “B” ha mostrado avances en las interacciones con las personas en los contextos en los que se devuelve, muestra mayor interés en la realización de varias actividades y su desempeño en la realización de las mismas ha mejorado, desde que la familia se unió para buscar información y ayuda profesional en diferentes lugares se ha visto un avance en el desarrollo de la niña, nos indican que el CIE también ha sido de gran ayuda y que la niña espera con ansias el día de sus terapias en el mismo, las diferentes áreas de terapia a las que asiste que son: Hidroterapia, Horticultura, Bailoterapia, Deporte y Equinoterapia desde hace 2 años. Además, aunque no asiste a la escuela va diariamente (menos el día que va al CIE) a un centro donde recibe atención especializada.

Características personológicas actuales:

Desarrollo en el ámbito familiar: Según nos comentan, “B” es tranquila en casa, aunque en ocasiones es muy activa y causa ajetreos pero que obedece, cuando realiza alguna actividad no le agrada que le ayuden y cuando no puede realizarla se frustra y se niega a seguir haciéndola. Mantiene buena relación con sus hermanas y con los padres mantiene una estrecha relación, tratan de incluirla en varias actividades del hogar para que avance en su desarrollo. Suele hacer berrinches como forma de comunicarse para obtener lo que desea, es muy activo. sus papas trabajan todo el día, los días de semana se queda en un centro donde la atienden hasta el mediodía y luego la cuida una tía, sus papas llegan en la noche y pasan tiempo con ella hasta la hora de dormir, las relaciones con su mamá es muy buena y con el papá es mayor, los padres y hermanas siempre tratan en lo posible incluirla en todo, se la trata como una niña común y se le imponen límites y normas, nos mencionan que antes no sabían cómo afrontar lo que le sucedía y empezaron a buscar información para poder empezar a hacer algo más por ella y que desde allí todo al nivel familiar ha empezado a mejorar.

Desarrollo en el ámbito escolar: “B” no asiste a ninguna escuela, pero para compensar esta falta asiste de lunes a viernes (menos el día martes que va al CIE) a una institución llamada Centro Psicológico Paz, nos relatan que “B” Trata de jugar con todos los niños del lugar, interactúa con los demás, sigue las consignas dadas y hace las actividades propuestas por el terapeuta, no se reciben quejas de su comportamiento. le llaman mucho la atención otros niños de su edad, le gusta mucho invitarles a jugar o cada que ve la oportunidad trata de mostrarse amiga para poder jugar que es lo que más quiere siempre.

Caso 3

Datos generales:

Nombres: “C”

Edad: 16

Sexo: Mujer

Lugar y fecha de nacimiento: Guayaquil, 22 de mayo del 2001

Escolaridad: No asiste a la escuela

Estado civil: Soltera

Ocupación: Labores diarias
Domicilio: Geranios II
Diagnóstico: Cie 10 Discapacidad intelectual F70
DSM5 Discapacidad intelectual leve 317 Educable (60 %)

Antecedentes personales:

Descripción pre, peri y posnatal: El embarazo fue regular, embarazo a termino, parto normal; de acuerdo a lo referido por la madre, no tuvo problemas ni en parto ni en embarazo. A los 8 meses de edad la mama noto por primera vez que su comportamiento era poco común para los niños de su edad y que se desarrollaba lentamente, adquirió tarde el lenguaje, dificultad para poner atención, no controlaba su comportamiento en ciertas situaciones, presentaba una aguda torpeza motora. La madre nos explica que fue evaluada y diagnosticada con discapacidad intelectual (60% de discapacidad)

Antecedentes familiares:

Estructura y composición familiar:

“C” proviene de una familia nuclear, vive con el papá (52 años), mamá (50), hermano (22)

Antecedentes patológicos familiares: No hay antecedentes de retraso intelectual en la familia de C. ...

Condición actual: En la actualidad la niña se relaciona más con las personas, trabaja cada una de las actividades que le agradan (dibujo, manualidades, labores domésticas como lavar los platos, arreglar el cuarto, recoger la mesa, regar las plantas) y comprende más las explicaciones o conversaciones que tiene con los demás.

Actualmente, “C” recibe Horticultura, Bailoterapia, Arteterapia en el CIE.

Características personológicas actuales:

Desarrollo en el ámbito familiar: “C” es tranquila, le gusta hacer amigos, prefiere hacer las diferentes actividades sin ayuda, en cuanto a su comportamiento en ocasiones no sabe manejar la frustración y empieza a deambular por los lugares, es alegre, es honesta, le cuesta decir algunas cosas y cuando lo requiere solicita a la mama que le ayude, con la mama se lleva bien, con el papa cambia totalmente, comparte, juega, pasa más tiempo y es más cariñosa, la relación con su hermano es un poco distante, ya que ella le demuestra su cariño de una forma particular, le inca constantemente el brazo y el hermano reacciona mal, “C” dice que ella está jugando y hermano dice que lo está molestando, como consecuencia la mama reprende a “C”, la mama indica que cuando están en otro lugar externo al hogar a “C” no le agrada trabajar con ella, no le hace caso. La mama indica que la niña ayuda en lo que se le dice y en ocasiones no lo hace o le cuesta.

Desarrollo en el ámbito escolar: La niña en la actualidad no está estudiando, dejó la escuela por una situación frustrante que provoco el fracaso escolar, fue desde que su antigua maestra no la incluía en los diferentes actividades y se expresaba de ella con desprecio, la niña desde allí mostro reacción a ir y a estudiar, no le gusta realizar actividades relacionadas al área escolar, tras su

separación de la escuela no se completó la educación y por ello tiene dificultades en la lectura y la escritura, aunque no estudia asiste al centro y los terapeutas indican que su desempeño es bueno, ya que es obediente y realiza las actividades que estos designan, la relación de la niña con sus terapeutas es buena, se llevan bien y ella los respeta, acata las normas, obedece las consignas en clases, se desempeña adecuadamente en labores practicas o trabajos manuales.

Su comportamiento con otros niños de su edad es un poco selectivo, ya que hay algunos niños o adultos con los que no le agrada estar ni interactuar, es conocida por la mayoría de padres y niños, los saluda y tiene conversaciones cortas con ellos.

Caso 4

Datos generales:

Nombres: "D"

Edad: 11

Sexo: Mujer

Lugar y fecha de nacimiento: Guayaquil, 31 de agosto del 2005

Escolaridad: EGB Elemental (5to grado)

Estado civil: Soltera

Ocupación: Estudiante

Domicilio: Parroquia Taura, Naranjal

Diagnóstico: Cie 10 Trastorno del Espectro autista con déficit intelectual acompañante F84.0

DSM5 Trastorno del espectro autista 299.00 Grado 1 "Necesita ayuda", Discapacidad intelectual leve 317 Educable

Antecedentes personales:

Descripción pre, peri y posnatal: La madre tuvo un con complicaciones, el embarazo se adelantó, y a los 8 meses nació "D" con algunas enfermedades que hicieron que pasara un tiempo internada 30 días, en el transcurso de ese tiempo los médicos le dijeron a la mama que la niña no sería normal, pero ella pensó que se referían a el adelanto que tuvo con su embarazo, a los 3 años de edad la mama noto por primera vez que su comportamiento era poco común para los niños de su edad y que no se desarrollaba igual que los demás, tenía dificultad para hablar, para poner atención, no controlaba su comportamiento, presentaba una aguda torpeza motora, empezó a hablar a los 5 años ya que desde que fue diagnosticada la madre se puso a buscar información y medios que ayuden a su hija. La madre nos explica que en un primer momento fue diagnosticada con deficiencia intelectual y en otro lugar con trastorno del espectro autista.

Antecedentes familiares:

Estructura y composición familiar: "D" proviene de una familia extensa, vive con el papá (47 años), mamá (42), un hermano de (22) y otro de (10), también vive con su abuela (64) y su abuelo (69).

Antecedentes patológicos familiares: No hay antecedentes de TEA en la familia de "D". ...

Condición actual: En la actualidad "D" maneja más el habla, pero no se expresa lo que piensa, maneja más su cuerpo y su comportamiento, aún se está trabajando la atención y la mama indica que ha visto mejoras en varios aspectos pero que aún falta y que quiere que se trabaje en el repetir frases y palabras de personajes de tv.

Actualmente, "D" recibe Musicoterapia, Horticultura, Bailoterapia en el CIE hace 3 años. Además tiene Terapia de Lenguaje una vez a la semana en la Universidad de Guayaquil.

Características personológicas actuales:

Desarrollo en el ámbito familiar: "D" con la mama se lleva bien, es muy apegada a ella quien es quien la cuida y enseña diariamente, la madre indica que le toca viajar desde Taura para acceder a distintas terapias para su hija, quien ha estado en terapias desde los tres años y medio y que a partir de estas intervenciones que ha tenido ha visto mejoras en su hija.

"D" recibe un buen trato por parte de sus abuelos, padres y hermanos, la cuidan mucho y la incluyen en toda actividad que realizan. Normalmente anda distraída y le gusta ver mucho la televisión, a partir de esto ella suele constantemente repetir la voz, palabras o frases de los personajes de sus programas. Ella es tranquila, suele deambular por todos los lugares viendo y tocando todo lo que pueda, la mama indica que aún no tiene consciencia del peligro pero que ha notado que cada vez le presta más atención cuando le habla y que le comprende más que antes.

Desarrollo en el ámbito escolar:

El desempeño y el aprovechamiento de "D" ha aminorado desde que cambiaron a una profesora que trabajaba con ella de forma muy adecuada, "D" últimamente no quiere ir a la escuela por el cambio de su profesora, la mama indica que en la escuela lleva bien y que obedece sus profesores y es cariñosa con ellos, pero desde que cambiaron a su profesora han notado un retroceso, estaba aprendiendo a escribir, pero últimamente se niega a asistir.

su comportamiento con otros niños de su edad es muy poco, en ocasiones participa de alguna actividad con otros, pero la mayor parte del tiempo prefiere estar de pie y caminando, es un poco agresiva cuando los otros niños la molestan, pero solo ocurre en esos momentos que son pocos.

Caso 5

Datos generales:

Nombres: "E"

Edad: 6

Sexo: Hombre

Lugar y fecha de nacimiento: Guayaquil, 6 de mayo del 2011

Escolaridad: EGB Elemental (1er grado)

Estado civil: Soltero
Ocupación: Estudiante
Domicilio: Paraíso de la flor
Diagnóstico: Cie 10 Malformación congénita labio leporino Q36

Antecedentes personales:

Descripción pre, peri y posnatal: El embarazo fue regular, embarazo a termino, parto normal; de acuerdo a lo referido por la madre, no tuvo problemas ni en parto ni en embarazo. nació con una malformación congénita que es labio leporino, el niño ya ha tenido dos intervenciones quirúrgicas y se está planificando una tercera para el mejoramiento de la vocalización y el lenguaje.

Antecedentes familiares:

Estructura y composición familiar: Juan proviene de una familia extensa, vive con el papá (38 años), mamá (34), y sus abuelos

Antecedentes patológicos familiares: No hay antecedentes de malformaciones congénitas en la familia de "E" ...

Condición actual: Él padre nos explica que desde que nació con la malformación congénita ha buscado ayuda de todas las formas para ver mejor a su hijo, El niño va a diferentes terapias especializadas en el ayuda al problema congénito que tiene y que desea que estas le ayuden a hablar y vocalizar más. Actualmente, "E" recibe Terapia de Lenguaje, Horticultura, Deporte y Psicopedagogía en el CIE.

Características personológicas actuales:

Desarrollo en el ámbito familiar: "E" pasa mucho más tiempo con el papa, haciendo actividades o las tareas, con la mama se lleva bien pero no le obedece en ocasiones, ella indica que el niño es muy apegado al papa. "E" es tranquilo y a la vez muy activo, no se queda tranquilo, su atención cambia constantemente en actividades que hace, pero cuando quiere realizar algo, lo hace y si le llama la atención otra cosa lo deja sin terminar.

El trato que recibe es bueno por parte de sus padres abuelo, siempre tratan de apoyarlo en todo, y cuando se comporta de forma indisciplina el papá le habla y cuando es necesario utiliza una correa para reprenderlo.

Desarrollo en el ámbito escolar: El desempeño y el aprovechamiento del menor en la escuela es bueno, la relación con su profesora ha transcurrido sin ningún problema y realiza las actividades que estos designan.

La madre relata que "E" sí hace las tareas en la escuela y no recibe quejas de su comportamiento.

Su comportamiento con otros niños de su edad es bueno, cuando ve a otros niños se olvida de todo y empieza jugar con ellos, hasta ahora los niños lo aceptan y lo ayudan en lo que necesita.

Datos generales:**Nombres:** "F"**Edad:** 9**Sexo:** Hombre**Lugar y fecha de nacimiento:** Guayaquil, 20 de octubre del 2007**Escolaridad:** EGB Elemental (3er grado)**Estado civil:** Soltero**Ocupación:** Estudiante**Domicilio:** Mapasingue este**Diagnóstico:** Cie 10 Síndrome de Asperger F84.5DSM5 Síndrome de Asperger 299.80**Antecedentes personales:**

Descripción pre, peri y posnatal: El embarazo fue regular, embarazo a termino, parto normal; de acuerdo a lo referido por la madre, no tuvo problemas ni en parto ni en embarazo. a los 9 meses de edad la mama noto por primera vez que su comportamiento era poco común para los niños de su edad y que no se desarrollaba igual que los demás, tenía dificultad para comprender, para poner atención, no controlaba su comportamiento en ciertas. Fue diagnosticado con uno de los trastornos generalizados del desarrollo que se encuentra dentro de lo que al espectro autista se refiere: Asperger.

Antecedentes familiares:

Estructura y composición familiar: "F" proviene de una familia nuclear, vive con el papá (36 años), mamá (30), un hermano (6) y una hermana (7 meses)

Antecedentes patológicos familiares: No hay antecedentes de retraso intelectual en la familia de "F". ...

Condición actual: En la actualidad se han avanzado en varios aspectos como la dificultad para poner atención y que aún se sigue trabajando lo relacionado al control de su comportamiento en casa, con sus hermanos y la imposición de horarios.

Actualmente, "F" recibe Equinoterapia, Horticultura, Bailoterapia, Psicología y Arteterapia en el CIE.

Características personológicas actuales:

Desarrollo en el ámbito familiar: "F" con la mama, con ella habla y conversa de lo que quiere ser, lograr y conseguir, el niño es muy apegado a ella. Juega con su hermano y tío quien es el que se da un tiempo para hacer actividades en favor del desarrollo y evolución de "F" y de sus hermanos. "F" es calmado, tranquilo, es cariñoso con su familia y amigos, se suele concentrar en las actividades que realiza y cuando no las puede lograr suele frustrarse. La mama se encarga de cuidar a sus hermanos principalmente al bebe, el papa llega tarde de trabajar y su interacción con "F" es muy poca, el papa no aceptaba la condición de su hijo hasta que lo llevaron a un lugar donde pudo ver más a profundidad lo que tenía su hijo y así le empezaron a llevar a diferentes terapias.

Desarrollo en el ámbito escolar: La madre relata que “F” sí hace las tareas en la escuela y no recibe quejas de su comportamiento. el desempeño y el aprovechamiento del menor en la escuela es buena, sus profesores y maestros lo quieren porque se porta muy bien y realiza las actividades que estos designan, la relación del niño con sus profesores es buena, se llevan bien y el los respeta, acata las normas, obedece las consignas, la relación con otros niños de su edad se da más con las niñas, con quien juega y conversa, tiene más amigas, ya que dice que los niños son muy bruscos y le pegan.



Universidad de Guayaquil

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CARRERA PSICOLOGÍA
UNIDAD DE TITULACIÓN

ANEXO 10



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	INCIDENCIA DE LA RELACIÓN TERAPEUTA – USUARIO – PADRES DE FAMILIA EN EL DESARROLLO DE LA AUTONOMÍA DE NIÑOS CON NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES		
AUTOR(ES) (apellidos/nombres):	EDISON DARIO MEZA ALAY		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES) (apellidos/nombres):	TUTOR: PSC. JESSICA MORALES. MSC REVISOR: PSC. CECIBEL LÓPEZ VERA		
INSTITUCIÓN:	UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL		
UNIDAD/FACULTAD:	CIENCIAS PSICOLOGICAS		
MAESTRÍA/ESPECIALIDAD:			
GRADO OBTENIDO:	PSICÓLOGO		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	25 de septiembre de 2017	No. DE PÁGINAS:	84
ÁREAS TEMÁTICAS:	PSICOLOGÍA EDUCATIVA		
PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:	Necesidades educativas especiales, discapacidad, relaciones de intervención, autonomía.		

RESUMEN

La presente investigación parte del enfoque cualitativo basado en el estudio de casos, con un diseño de tipo narrativo y a la vez de investigación-acción que nos permite entender como los diferentes participantes de esta investigación perciben los acontecimientos vividos. Se tomó en consideración la experiencia adquirida en el lugar de las prácticas preprofesionales que fue el principal factor para incurrir en el tema. El propósito del estudio es demostrar la incidencia de la relación terapeuta – usuario – padres de familia en el desarrollo de la autonomía de niños con necesidades educativas especiales (NEE) asociadas a discapacidad del Centro Integral de Equinoterapia (CIE) de la Fundación Guayas Avanza. Para la recolección de datos se emplearon varias baterías que dotaron la investigación con la información necesaria para corroborar el tema planteado. Los resultados obtenidos reflejaron que es necesario que se entrenen e incluyan a los padres o cuidadores dentro de los procesos de enseñanza y aprendizaje, que se mantenga una comunicación periódica de avances y actividades a realizar como forma de reforzamiento con el fin que aporten al proceso terapéutico y al desarrollo del niño.

ABSTRACT

The present investigation starts from the qualitative approach based on the case study, with a design of narrative type and at the same time of investigation-action that allows us to understand how the different participants of this investigation perceive the lived events. Consideration was given to the experience gained at the place of the pre-professional practices which was the main factor in the issue. The purpose of the study is to demonstrate the incidence of the therapist - user - parents relationship in the development of the autonomy of children with special educational needs (SEN) associated with disability at the. For data collection, several batteries were used, which provided the research with the necessary information to corroborate the subject matter. The results showed that it is necessary to train and include parents or caregivers within the teaching and learning processes, to maintain a periodic communication of progress and activities to be carried out as a form of reinforcement with the purpose that contribute to the therapeutic process and child development.

ADJUNTO PDF:	☒ SI	☐ NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0980350190	E-mail: edison.mezaa@ug.edu.ec
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Facultad de Ciencias Psicológicas	
	Teléfono: 23943113	
	E-mail: formación.fcp@ug.edu.ec gsconocimiento.fcp@ug.edu.ec	



Universidad de Guayaquil
UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CARRERA PSICOLOGÍA
UNIDAD DE TITULACIÓN

ANEXO 11

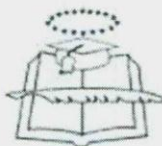
Guayaquil, 22 de septiembre del 2017

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR REVISOR

Habiendo sido nombrado Psc. Cecibel López Vera, tutor revisor del trabajo de titulación "INCIDENCIA DE LA RELACIÓN TERAPEUTA – USUARIO – PADRES DE FAMILIA EN EL DESARROLLO DE LA AUTONOMÍA DE NIÑOS CON NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES" certifico que el presente trabajo de titulación, elaborado por EDISON DARIO MEZA ALAY, con C.I. No. 0930676549, con mi respectiva supervisión como requerimiento parcial para la obtención del título de Psicólogo, en la Carrera de Ciencias Psicológicas, ha sido **REVISADO Y APROBADO** en todas sus partes, encontrándose apto para su sustentación.

Psc. Cecibel López Vera

C.I. No. 0901038333



Universidad de Guayaquil

**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CARRERA PSICOLOGÍA
UNIDAD DE TITULACIÓN**

ANEXO 12

**LICENCIA GRATUITA INTRANSFERIBLE Y NO EXCLUSIVA PARA EL
USO NO COMERCIAL DE LA OBRA CON FINES NO ACADÉMICOS**

Yo, EDISON DARIO MEZA ALAY con C.I. No. 0930676549, certifico que los contenidos desarrollados en este trabajo de titulación, cuyo título es **"INCIDENCIA DE LA RELACIÓN TERAPEUTA – USUARIO – PADRES DE FAMILIA EN EL DESARROLLO DE LA AUTONOMÍA DE NIÑOS CON NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES"** son de mi absoluta propiedad y responsabilidad Y SEGÚN EL Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN*, autorizo el uso de una licencia gratuita intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la presente obra con fines no académicos, en favor de la Universidad de Guayaquil, para que haga uso del mismo, como fuera pertinente

EDISON DARIO MEZA ALAY
C.I. No. 0930676549

*CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN (Registro Oficial n. 899 - Dic./2016) Artículo 114.- De los titulares de derechos de obras creadas en las instituciones de educación superior y centros educativos.- En el caso de las obras creadas en centros educativos, universidades, escuelas politécnicas, institutos superiores técnicos, tecnológicos, pedagógicos, de artes y los conservatorios superiores, e institutos públicos de investigación como resultado de su actividad académica o de investigación tales como trabajos de titulación, proyectos de investigación o innovación, artículos académicos, u otros análogos, sin perjuicio de que pueda existir relación de dependencia, la titularidad de los derechos patrimoniales corresponderá a los autores. Sin embargo, el establecimiento tendrá una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra con fines académicos.