



**Universitat de les
Illes Balears**

Facultad de Psicología

Trabajo de Fin de Grado

**Estudio de revisión bibliográfica sobre la efectividad
de las intervenciones asistidas con animales como
apoyo a la reestructuración cognitiva en el tratamiento
de trastornos por estrés postraumático**

Carlota Schröder Zambra

Grado de Psicología

Año académico 2019-20

DNI de la alumna: X1643222X
Trabajo tutelado por Carolina Sitges Quirós
Departamento de Psicología

Se autoriza a la Universidad a incluir este trabajo en el Repositorio Institucional para su consulta en acceso abierto y difusión en línea, con finalidades exclusivamente académicas y de investigación	Autor		Tutor	
	Sí	No	Sí	No
	X		X	

Palabras clave del trabajo: abuso sexual infantil, trastorno por estrés postraumático, intervenciones asistidas con animales

Índice

Resumen	1
1. Introducción	2
1.1. Definición de maltrato y abuso sexual infantil	2
1.2. Definición y tratamiento del Trastorno por Estrés postraumático (TEPT).	3
1.3. Terapia Asistida con Animales (TAA)	8
1.3.1. Equinoterapia y canoterapia	10
2. Objetivos.....	11
3. Metodología.....	11
3.1. Criterios de elegibilidad.....	11
3.2. Identificación de estudios	12
3.3. Selección de estudios	12
4. Resultados	13
5. Discusión y conclusiones.....	16
6. Referencias bibliográficas	18
7. Anexos.....	19

Resumen

En menores y adolescentes que han sufrido experiencias de maltrato y/o abuso sexual existe una probabilidad elevada de padecer consecuencias psicológicas negativas de forma posterior al suceso en cuestión. Esto puede acarrear conductas desadaptativas y malestar clínico, incrementando a su vez la posibilidad en desarrollar Trastornos por Estrés Postraumático (TEPT). El temprano abordaje de este trastorno se convierte en un criterio con elevada prioridad, para así, minimizar las probabilidades de que la sintomatología manifiesta se cronifique, con todos los problemas que esto origina en el contexto social. En la búsqueda de alternativas terapéuticas complementarias a la reestructuración cognitiva, ha surgido la Terapia Asistida con Animales (TAA), como una forma de frenar el TEPT que padecen las víctimas de esas agresiones, modificando los pensamientos negativos o esquemas cognitivos disfuncionales. En este Trabajo de Fin de Grado se aborda el tratamiento de la sintomatología del TEPT a partir de TAA y el efecto de estas intervenciones en la reducción de los síntomas. En base a la literatura revisada, compuesta por un total de 6 artículos científicos, los programas de canoterapia y equinoterapia se posicionan como una alternativa complementaria a las intervenciones terapéuticas tradicionales, útil y efectiva para niños y niñas que no tienen madurez cognitiva, emocional y conductual. A su vez, se demuestran efectos positivos en la reducción de la sintomatología evaluada (como ansiedad, depresión, disociación, etc.).

Palabras clave: abuso sexual infantil, trastorno por estrés postraumático, intervenciones asistidas con animales.

1. Introducción

1.1. Definición de maltrato y abuso sexual infantil

Es considerado **maltrato infantil**, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2016), “(...) los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo”. El abuso sexual causa daños de la salud, desarrollo cognitivo y afecta ostensiblemente la dignidad y autoestima del niño y adolescente y que puede perdurar de adulto si no es tratado adecuadamente. Desde esta perspectiva la OMS (2016), indica que, cualquiera que sea la manifestación del maltrato infantil, deja secuelas en el entorno familiar, que se evidencia con el tiempo, es desencadenante del estrés y está relacionado con trastornos de desarrollo cerebral temprano y en la edad adulta están propensos a presentar alteraciones conductuales y problemas de salud mental.

Al referirse a los alcances y magnitud del maltrato infantil, la OMS (2016) explica que las estadísticas internacionales muestran la gravedad del problema que puede constatarse en las siguientes cifras: “(...) una cuarta parte de todos los adultos manifiestan haber sufrido maltratos físicos de niños y 1 de cada 5 mujeres y 1 de cada 13 hombres declaran haber sufrido abusos sexuales en la infancia. Además, muchos niños son objeto de maltrato psicológico (también llamado maltrato emocional) y víctimas de desatención”.

El **abuso sexual a menores** es un abuso de poder, la relación que se establece entre la víctima y el victimario es disfuncional, el acercamiento a la víctima es progresivo, el adulto le seduce y aprovecha sus vulnerabilidades, manipulando sentimientos o necesidades para satisfacerse sexualmente. Al respecto, *Save the Childrens* España (2017) señala que: “las personas que tienen el perfil de abusadoras atacan de manera prioritaria a quienes presentan características que les hacen vulnerables: (1) pasivos, sin afecto, con poca confianza en sí mismos, aquellos que son más manipulables; (2) en familias disfuncionales donde se carece de la figura de un adulto protector; (3) con discapacidad intelectual” (p. 8). En este sentido, García y Peña (2018) mencionan que el abuso sexual no se detecta con facilidad por diversas causas, ya que “las investigaciones reportan que en muchos de los casos se presenta un factor común, y es el secreto familiar o el ocultamiento de información por parte de la víctima y su familia” (p. 379). Veloza (2011) afirma “(...) la mayoría de las niñas y los niños que son víctimas, están expuestas a situaciones de abuso repetitivo, que muchas veces no saben identificar y que, por lo tanto, no ponen en conocimiento de otras personas” (p. 29).

Al referirse al alcance del abuso sexual, Pazmiño (2016) señala que se estima que en América hay 60 millones de personas que en su infancia sufrieron de abuso sexual. *Save the Childrens* España (2017), al referirse a nuestro país, indica que estima que entre el 10% y el 20% de la población adulta fue víctima de abusos sexuales durante su infancia. En un intento de desmitificar algunos aspectos con relación al abuso sexual, sostienen la tesis que la realidad es fácilmente contrastable con las creencias generalmente aceptadas en el común de la población.

1.2. Definición y tratamiento del Trastorno por Estrés postraumático (TEPT).

Cuando ocurre un abuso sexual genera en la víctima secuelas, que clínicamente se denomina “**Trastorno por Estrés por Traumático (TEPT)**”. Según *Save the Childrens* 2017, incluye efectos emocionales, trastornos de ansiedad, sentimientos de culpa y vergüenza, hostilidad y agresividad, baja autoestima y sentimientos de estigmatización, depresión, desconfianza y rechazo del propio cuerpo. Briceño et al. (2010) describen el TEPT como: “(...) respuestas adaptativas y patológicas al estrés, que provoca malestar clínico o deterioro en áreas importantes de la actividad del individuo” (p. 42). El estrés es una respuesta inespecífica del organismo a exigencias físicas, fisiológicas o psicológicas y, según Risco (2015), “(...) la misma constelación de respuestas obedece a diferentes estímulos. Se habla de situaciones de estrés cuando el cuerpo responde de forma adaptativa a las exigencias” (s/p). González y Ladero (2013) señalan al estrés como una variable producto de la relación de la persona con el ambiente o entorno, cuando este es percibido amenazante, que supera los recursos de los que dispone y pone riesgo su integridad.

El impacto y el alcance del TEPT es mayor al que cualquiera puede imaginar. Al respecto la OMS (OMS, 2013) resalta los resultados de un estudio que abarcó 21 países en el que el 10% de las personas manifestaron “(...) que habían sido testigos de actos de violencia (21,8%) o habían sufrido violencia interpersonal (18,8%), accidentes (17,7%), exposición a conflictos bélicos (16,2%) o eventos traumáticos relacionados con seres queridos (12,5%). Se estima en el estudio que un 3,6% de la población mundial ha sufrido un trastorno de estrés postraumático (TEPT) en el último año” (s/p).

Bustos, Rincón y Aedo (2009) definen el TEPT como un trastorno que experimenta una persona debido a una agresión física o a un evento que representó una amenaza a su integridad física o emocional. La reacción es emocional y se manifiesta por temor, inseguridad, desesperanza e incluso terror. Bustos (2009) afirma “los grupos sintomáticos

son (...) reexperimentación (sic), evitación e hiperactivación (sic). Estos deben prolongarse por más de un mes desde el suceso traumático y provocar malestar clínico o deterioro en áreas importantes de la actividad de la persona” (p.113). Mencionan que el abuso sexual es un trauma serio y hay consenso en reconocer que es un potenciador de síntomas de TEPT. En este sentido, el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. (*National Institutes of Health (NIH)*, 2016) relaciona el estrés postraumático con la vivencia de eventos que impactaron emocionalmente a la víctima. Consideran que es un acto natural los sentimientos de temor y la recuperación posterior, sin embargo, hay personas que continúan afectadas y son diagnosticadas con TEPT.

Hay un amplio espectro de **síntomas** dentro del TEPT y variará en función de la intensidad del evento vivido, las características de la persona afectada y del entorno afectivo. El *NIH* (2016) indica que las primeras manifestaciones ocurren a los tres meses y para ser categorizados como tal deben durar al menos un mes e interferir con las actividades diarias que realiza la persona; así mismo señalan que la progresión del TEPT varía y, en términos generales, bastan seis meses de tratamiento para la recuperación, pero hay personas que requieren un tiempo mayor. Los síntomas más comunes que evidencian el TEPT son, según el CIE-10 (2000): “al menos un síntoma de reviviscencia; al menos un síntoma de evasión; al menos dos síntomas de hipervigilancia y reactividad; al menos dos síntomas cognitivos y del estado de ánimo” (p. 121). La reviviscencia es volver a vivir el evento que originó el trauma, la presencia de evidencias físicas como palpitaciones, sudoración e incluso pesadillas, que afectan el normal desarrollo personal y social de los afectados. Se recomienda en estas circunstancias que la persona se mantenga alejada de las situaciones o elementos que evoquen la situación vivida. Otras manifestaciones del TEPT son: los síntomas de evasión, mecanismo mediante el cual las personas se alejan de sitios, sucesos u objetos que le recuerden el episodio que generó el trauma, cambian sus hábitos o rutina diaria; la hipervigilancia y la reactividad, que implican que la persona está en estado de alerta constante, se sobresalta fácilmente, presenta problemas para conciliar el sueño, se irrita e impacienta; los aspectos cognitivos y del estado de ánimo, que impiden a la persona precisar detalles del evento traumático, persistencia de pensamientos negativos acerca del entorno y de sí mismo. La presencia de esos síntomas después del evento traumático, pueden durar pocas semanas y se habla entonces de un estrés agudo, pero si persisten luego de un mes se estará en presencia de un trastorno crónico y grave del estrés postraumático. Incluso las secuelas pueden ocasionar que las personas afectadas caigan en estados de depresión, acudan a las drogas como vía de escape y presenten trastornos de ansiedad. En la **Tabla 1** se describe

la consistencia interna del TEPT, según Risco (2005). El criterio en cuanto al desarrollo de TEPT, no implica experimentar los síntomas detallados de forma simultánea. De ser así, estaríamos frente a un TEPT parcial.

Tabla 1. Síntomas del TEPT y su experimentación (Risco, 2005).

<i>Síntomas</i>	<i>Experimentación del síntoma</i>
Reexperimentación	<ul style="list-style-type: none"> ● Recuerdos, imágenes, pensamientos recurrentes e intrusivos ● Sueños y pesadillas recurrentes ● Reviviscencia del hecho ● Malestar psicológico intenso ● Respuestas fisiológicas al exponerse
Evitación	<ul style="list-style-type: none"> ● Esfuerzos por evitar pensamiento, sentimientos o conversaciones sobre el hecho ● Evitar actividades, lugares, personas ● Incapacidad para recordar aspectos importantes ● Desapego frente a los demás ● Restricción en vida afectiva ● Sensación de un futuro desolador/desesperanza
Hiperalerta (arousal)	<ul style="list-style-type: none"> ● Dificultades para conciliar el sueño ● Irritabilidad o ataques de ira ● Hipervigilancia ● Respuestas exageradas de sobresalto
Otros síntomas	<ul style="list-style-type: none"> ● Alteraciones que se prolongan por más de un mes (desesperanza, autoregulación emocional deficiente, síntomas disociativos...) ● Malestar clínico significativo o deterioro social

El *NIH* (2016), al referirse a los niños menores de seis años que sufren del TEPT, considera que experimentan reacciones extremas. Hay evidencias clínicas de una sintomatología como orinarse en la cama, aunque estuviese superada esa etapa, olvidarse de cómo articular palabra, mientras juega hacer representaciones de la situación traumática, tener dependencia y aferrarse emocionalmente a un adulto buscando protección. Otras manifestaciones del TEPT, señaladas por el *NIH* (2016), son “conductas disruptivas, irrespetuosas o destructivas. Los niños más grandes y los adolescentes pueden sentirse culpables por no haber evitado lesiones o muertes. También pueden tener pensamientos de venganza” (p. 3).

En cuanto al **tratamiento**, la OMS (2013) propone ofrecer a las víctimas del TEPT ayuda psicológica, gestionar el estrés y el abordaje con métodos de afrontamiento positivo,

real apoyo sociológico y tratamientos de terapia cognitivo-conductual. El *NIH* (2016) advierte que el TEPT debe ser tratado por profesionales de la salud mental con conocimientos en esa área, usar la terapia del diálogo, medicamentos, incluyendo antidepresivos o una combinación de ambos. La dosificación e intensidad del abordaje de esta afección dependerá de las características de cada persona y la manera que responda al proceso de intervención. En la terapia del diálogo, se utiliza la psicoterapia, el paciente y el profesional establecen comunicaciones abiertas, sinceras y de confianza que permite ir desentrañando las causas del TEPT, esta puede durar de 6-12 semanas enfocándose en superar los síntomas asociados el entorno laboral, familiar o social. En este orden de ideas el *NIH* (2016) indica que las terapias superan variadas situaciones: enseñar sobre el trauma y sus efectos; usar habilidades para aprender a relajarse y controlar la ira; ofrecer consejos para mejorar los hábitos de sueño, alimentación y ejercicio; ayudar a las personas a identificar y enfrentar la culpa, la vergüenza y otros sentimientos relacionados con la experiencia traumática (p. 5).

Asimismo, Echeburúa (2011) plantea como imprescindibles las intervenciones que se realicen con los familiares, ya que, pueden ser un soporte muy necesario para el afrontamiento y superación de las situaciones de abusos vivenciadas por las víctimas. A su vez, puede ser un espacio terapéutico necesitado para superar las secuelas que para ellos mismos implican los eventos traumáticos acaecidos. Por otro lado, cuando la intervención se puede hacer de forma directa con las víctimas, se debería estructurar en fases una vez evaluados los síntomas presentes. Las fases de intervención y sus objetivos terapéuticos se describen en la **Tabla 2**.

Tabla 2. Fases de tratamiento y objetivos terapéuticos (Echeburúa, 2006).

<i>Fases de tratamiento</i>	<i>Objetivos terapéuticos</i>
Pautas urgentes de afrontamiento	<ul style="list-style-type: none"> ● Trabajar estrategias para evitar situación de agresión. ● Trabajar habilidades para informar de ocurrencia. ● Reconducir estados psicológicos confusionales. ● Facilitar afrontamiento y aceptación.
Fase psicoeducativa y preventiva	<ul style="list-style-type: none"> ● Clarificar lo sucedido y contribuir con procesamiento. ● Trabajar significado sexualidad. ● Prevenir situaciones futuras. ● Proporcionar sensación de control/eliminar indefensión.
Fase terapéutica	<ul style="list-style-type: none"> ● Trabajar la elaboración cognitiva y emocional del abuso (miedo, tristeza, vergüenza, culpa...).

	<ul style="list-style-type: none"> ● Trabajar la reexperimentación/conductas de evitación. ● Reforzar autoestima. ● Trabajar relaciones interpersonales. ● Tratar alteraciones del área sexual.
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Algunos autores sostienen que la atención de los especialistas en el tratamiento de abusos sexuales se ha centrado en la víctima sin considerar una metodología de trabajo integradora, que indague acerca del impacto del abuso sexual en los padres de menores abusados y las reacciones psicológicas a esta experiencia traumática (García y Peña, 2018; Sinclair y Martínez, 2006). La tesis de Sinclair y Martínez (2006) se fundamenta en la escasa importancia que se concede a las madres de las víctimas de abuso sexual, señalando que "en el caso específico de las madres de los niños y niñas que han sufrido abuso sexual intrafamiliar, abundan las referencias relativas al rol que a ellas les cabe en la dinámica abusiva. Sin embargo, se observa una importante omisión en lo que respecta al dolor y las dificultades que muchas de ellas viven a raíz del abuso sufrido por sus hijos (p. 25)". Abogan por que se estudie a profundidad el impacto traumático también en las madres, y la manera en que afecta su rol, cualquier intervención asistida debe incluirlas son el factor más importante en el proceso de recuperación de los niños abusados.

González y Ladero (2013) proponen la **reestructuración cognitiva**, dentro de la terapia cognitivo conductual, ya que, producto del TEPT, las personas desarrollan pensamientos negativos o desadaptativos que ponen en riesgo su salud física y mental. La terapia cognitivo-conductual es una intervención utilizada de manera recurrente por psicólogos en el tratamiento del TEPT. En este contexto, la terapia de exposición se utiliza con la finalidad de que las personas enfrenten y superen su temor, mediante la exposición gradual a la situación traumática vivida, se recrean mediante imágenes mentales los hechos, se va a los lugares en los que ocurrió para que el paciente pueda enfrentar sus miedos. Otra alternativa en la terapia cognitivo-conductual es la reestructuración cognitiva, en la que se busca darle sentido a los pensamientos negativos y autodestructivos relacionados con recuerdos del evento traumático. El profesional intenta que la persona se libere de sentimientos de culpa y vergüenza, le ayuda a tener una percepción distinta, entender que no tiene responsabilidad por lo ocurrido. Según González y Ladero (2013), la reestructuración cognitiva es un proceso de intervención clínico mediante el cual el terapeuta modifica los pensamientos negativos, creencias, en resumen, esquemas cognitivos disfuncionales, que

Soler (2012) denominó mediadores de las manifestaciones de trastornos patológicos como el estrés y la ansiedad.

El procedimiento se inicia con la identificación de los pensamientos negativos que de manera recurrente tiene la víctima, que deben ser correctamente categorizados. Tal como sostienen Antoni, Irosón y Schneiderman (2007), para ello es preciso el diálogo, la comunicación con el terapeuta y la realización de ejercicios de auto-aplicación o grupales, que permiten la detección y posterior modificación de pensamientos negativos. González y Ladero (2013) establecen que debe hacerse a través de “(...) formulación de preguntas para que los participantes escriban sus pensamientos negativos, las emociones que les hacen sentir y también que cuestionen esos pensamientos y escriban pensamientos alternos” (p. 2). El trabajo en grupo tiene características particulares, ya que han de planificarse procesos de intervención que incluyan dinámicas que permitan la reestructuración cognitiva, la transformación de los esquemas mentales y la eliminación o atenuación de los pensamientos negativos. Existen evidencias empíricas que “(...) han demostrado resultados satisfactorios en la modificación de pensamientos automáticos mediante el uso de técnicas cognitivo-conductuales en grupo” (p. 36).

1.3. Terapia Asistida con Animales (TAA)

Según González y Ladero (2013), “la Terapia Asistida con Animales (TAA) es una intervención dirigida por un profesional de la salud experto, en la cual un animal que cumple criterios específicos es parte integral del proceso de tratamiento” (p. 37). Martos et al. (2015) define la TAA como “una intervención asistida con animales en la que de manera intencional se incorpora un animal como parte integral del proceso de tratamiento (terapia), con el objetivo directo de promover la mejoría en las funciones físicas, psicosociales y/o cognitivas de las personas tratadas (p. 2). Piqueras (2013) sostiene que los beneficios de estas terapias se basan en dos premisas: una de ellas es el convencimiento de que los animales poseen atributos que contribuyen al desarrollo de la terapia, ya que los pacientes se muestran más dispuestos, totalmente relajados y motivados al establecimiento de las relaciones interpersonales; otra de las premisas se refiere al establecimiento de un entorno con participación del animal, ya que puede permitir que ocurran cambios positivos en aspectos cognitivos y conductuales de los pacientes. La TAA requiere directrices básicas para el cabal cumplimiento de este tipo de intervenciones terapéuticas. En este sentido, Moreno y Prieto (2015) y Jiménez, Ladero y Hernández (2012) señalan las que han tenido consenso en la comunidad científica, así como la necesidad de que este proceso esté bajo la dirección y la

supervisión de un profesional que conozca la patología del paciente y los medios psicoterapéuticos a usarse.

Respecto a los **beneficios** de la TAA, hay mecanismos que accionan y operan la TAA: la estimulación multisensorial, la utilización del animal como un objeto transicional que sirve para enlazar la realidad con la fantasía, la mente imaginativa del niño o adolescente, el juego como actividad recreativa y el contacto físico, generan refuerzos positivos estimulantes de conductas deseadas (Cabra, 2012). Esta posición es compartida por Fine (2006), quien indica que se produce una reducción del estrés. En referencia a la estimulación multisensorial, Cid y Camps (2010) destacan que “se trata de proporcionar, en unos entornos especialmente diseñados, la oportunidad de que la persona disponga de un espacio y un tiempo de bienestar, de relajación y de contacto con el entorno” (p. 22). Afirman, que esta intervención en personas con diferentes patologías ha dado como resultado, incremento de los niveles de relajación, atenuación de conductas disruptivas, sensación de bienestar. Martos et al. (2015) destacan el carácter multidisciplinar de las entidades que desarrollan este tipo de intervenciones, ya que “su actividad principal es la terapia asistida con animales, siendo sus ámbitos de actuación prioritarios la neurorehabilitación, la educación, la psicología/psiquiatría, la integración social y la gerontología” (p. 1). Cabra (2012) enuncia que, “entre las aplicaciones de la TAA, se encuentra la reducción del estrés, ya que acariciar un animal reduce el estrés; además, la presencia de un animal contribuye a reducir problemas cardiovasculares” (p. 36). Además, agrega que “el acariciar un animal reduce el estrés y su mecanismo fisiológico derivado genera la relajación de las personas que lo hacen” (p. 36). Jiménez (2017) resalta que la TAA genera sentimientos de seguridad y ayuda a aumentar la autoestima. En esta misma línea discursiva, García et al. (2018) consideran que “(...) las prácticas clínicas más recientes ponen en evidencia el creciente interés por la aplicación de la TAA, especialmente en la mejora de la salud mental de los pacientes pediátricos” (p.177). Igualmente, Salazar (2016) indica que hay “(...) evidencia científica que avala el gran número de beneficios derivados de sus efectos terapéuticos” (p. 2). Yague (2017) recalca que “(...) hay evidencias científicas de los beneficios derivados de las interacciones humano-animales” (p. 11).

Desde una **perspectiva histórica**, en diferentes épocas se han utilizado los animales en labores de auxilio de personas que sufren discapacidad, como elemento motivacional o simplemente compañía, pero el tratamiento específico de afectaciones psicológicas tiene alrededor de dos siglos, si consideramos, tal como señalan Moreno y Prieto (2015), que en

Londres en 1792 la *York Retreat* y años más tarde en Alemania el centro médico Bethel en 1867, incluyeron por primera vez animales en el ámbito terapéutico, percibieron que los pacientes experimentaban mejoría física y mental y les hacía propensos a interacciones sociales. Al respecto, Martos et al. (2015) señalan que el punto de inflexión del tratamiento terapéutico utilizando animales, es la aparición de una publicación de Levinson, en 1969, en la que propone el uso de una TAA para tratar a niños afectados psicológicamente, ya que valoraba la relación de las personas con los animales y le otorgaba capacidad de sanación. Moreno y Prieto (2015) destacan, al referirse a Levinson y su aportación a la TAA, que “en su práctica terapéutica recoge elementos importantes sobre la función de la presencia del animal: un objeto transicional sobre el que se proyectan las vivencias intrapsíquicas, una fuente de contacto físico, afecto incondicional y establecer un clima de seguridad especialmente idóneo para comenzar a hablar sobre temas difíciles (p. 4). Desde esta perspectiva, en 1977 se crea la Fundación Delta en EE.UU. que dio paso a *Pet Partners*, considerada la entidad pionera en el desarrollo de programas y protocolos de actuación en la terapia con animales, según Martos et al. (2015). En el año 1990, la Delta Society, junto a otras organizaciones de Europa y Australia, fundan la *International Association of Human-Animal Interaction Organizations (IAHAIO)*, en la que se integrarán más adelante la Fundación *Affinity* y el *Centre de Teràpies Assistides amb Cans (CTAC)*, ambas de España (p. 2). El impacto de estas iniciativas originó que se desarrollaran investigaciones con la finalidad de mostrar evidencias acerca de la relevancia, utilidad y resultados de esta terapia, además de estandarizar protocolos de actuación en los procesos de intervención.

Las intervenciones asistidas con animales (IAA) tienen varias denominaciones: Terapia Asistida con Animales (TAA), Educación Asistida con Animales (EAA), Actividades Asistidas con Animales (AAA) y Valoraciones Asistidas con Animales (VAA). Esta conceptualización resulta necesaria, ya que la IAHAIO establece una clasificación según la cual engloba las ya descritas TAA, EAA, AAA y VAA.. Este tipo de intervenciones no sustituye las terapias convencionales, sino que busca un modelo integrador de intervenciones médicas en procura de la salud física y mental. Respecto a los diferentes tipos de TAA, cabe destacar la equinoterapia y la canoterapia (Hernández, 2015).

1.3.1. Equinoterapia y canoterapia

Woodcock, Ortiz, Bravo y Meza (2008) indican que la **equinoterapia** es un tratamiento complementario, que se vale del andar cíclico del animal para “(...) crear una terapia de

relajación y transmitir al jinete una serie de oscilaciones tridimensionales producto del movimiento cadencial (sic) del animal” (p. 63). La equinoterapia o Terapia Asistida con Caballos (TAC) va más allá de montar el animal, ya que en el proceso en el que se realiza el contacto físico con el animal, se le estimula, se le habla, y se busca el establecimiento del lazo comunicacional y afectivo del binomio. Corazza (2014) señala que la equinoterapia es “(...) una terapia integral, que no solo cumple funciones fisioterapéuticas, sino que también ofrece amplios beneficios en el área psicológica. Se ha ganado un importante lugar como terapia alternativa porque cumple con objetivos tanto de fisioterapia como de psicoterapia”. Adicionalmente, Piso (2018) concibe al caballo como un “(...) agente terapéutico, medio rehabilitador, herramienta de trabajo y como elemento integrador, facilitador y reeducador (sic)” (p. 16). También Orozco (2015) indica que es “(...) una modalidad de intervención que ha demostrado tener efectos positivos en la esfera mental y emocional de las personas que presentan algún tipo de discapacidad” (p. 3).

Otra alternativa terapéutica es la **canoterapia** o Terapia Asistida con Perros (TAP), que, según Castillo (2015), aprovecha “(...) el potencial terapéutico de la relación con estos animales y la realización de actividades con ellos” (p. 17). Desde esta perspectiva Jiménez et al (2012) relacionan los cambios emocionales de los adolescentes con la dificultad para “(...) percibir, comprender y regular las emociones, lo que impacta negativamente sobre su autoestima y el manejo de las emociones” (p. 25). Considera que la terapia asistida con la utilización de perros incrementa la autoestima y contribuye al manejo de las emociones.

2. Objetivos

El objetivo general del presente trabajo es analizar, a través de una revisión bibliográfica de la evidencia científica, la efectividad de las IAA como apoyo a la reestructuración cognitiva en el tratamiento de la sintomatología del TEPT en menores y adolescentes que han sufrido experiencias de maltrato/abuso sexual.

3. Metodología

3.1. Criterios de elegibilidad

En cuanto a los *participantes*, se incluyeron estudios en los que los participantes fueran menores u adolescentes en su mayoría, que mostrasen síntomas clínicos compatibles con el TEPT. Se valoró como criterio de elegibilidad la inclusión de muestras combinadas donde

también participasen adultos bajo la premisa de haber estado expuestos a experiencias de abuso sexual en la infancia.

En cuanto a las *intervenciones*, se seleccionaron aquellos estudios donde la variable independiente podía ser cualquiera de las siguientes IAA: AAA, TAA y VAA.

En cuanto al tipo de *variables dependientes* o resultado, se incluyeron estudios en los que las variables resultado fueron cambios en la sintomatología clínica compatible con TEPT y/o reducción de estos evaluados a partir de biomarcadores, como los niveles de cortisol en saliva.

En cuanto al *diseño de los estudios*, se seleccionaron únicamente estudios experimentales o cuasi-experimentales. Por lo tanto, las revisiones, meta-análisis, libros, tesis doctorales, notas y actas de conferencias fueron excluidas.

Por último, *todos* los estudios seleccionados estaban *publicados en inglés*.

3.2. Identificación de estudios

La revisión de la literatura sobre los efectos de las IAA sobre la sintomatología del TEPT en población que ha sufrido abusos sexuales en infancia se realizó durante los meses de diciembre de 2019 a febrero de 2020. A través de una búsqueda sistemática, se recopiló información comprendida entre los años 2004 y 2019 en torno al tema de investigación recurriendo a publicaciones periódicas, artículos de casos clínicos, publicaciones en revistas de temática psicológica y artículos científicos presentes en las bases de datos electrónicas. Pubmed y Scopus. En esta búsqueda bibliográfica se introdujeron combinaciones de las siguientes palabras clave en inglés y en español: “animal assisted therapy”, “dog-therapy”, “equine facilitated therapy”, “PTSD”, “Trauma”, “child abuse”.

3.3. Selección de estudios

En base a las palabras clave, se identificaron un total de 105 artículos en las bases de datos electrónicas Pubmed (62) y Scopus (43). Del total, 23 de estos fueron revisados a partir de la lectura de su resumen o *abstract*. Se redujo a 16 los artículos para los que se haría una lectura en profundidad, descartando los que no se ajustaban a los criterios de inclusión. En la fase de cribado, se descartaron 12 artículos por no ser estudios experimentales o cuasi-

experimentales o aquellos que presentaran diseños de caso único. Se identificaron y seleccionaron 2 artículos a partir de las referencias bibliográficas. Por lo tanto, elegimos 6 estudios en función del texto completo del artículo (ver **Figura 1**).

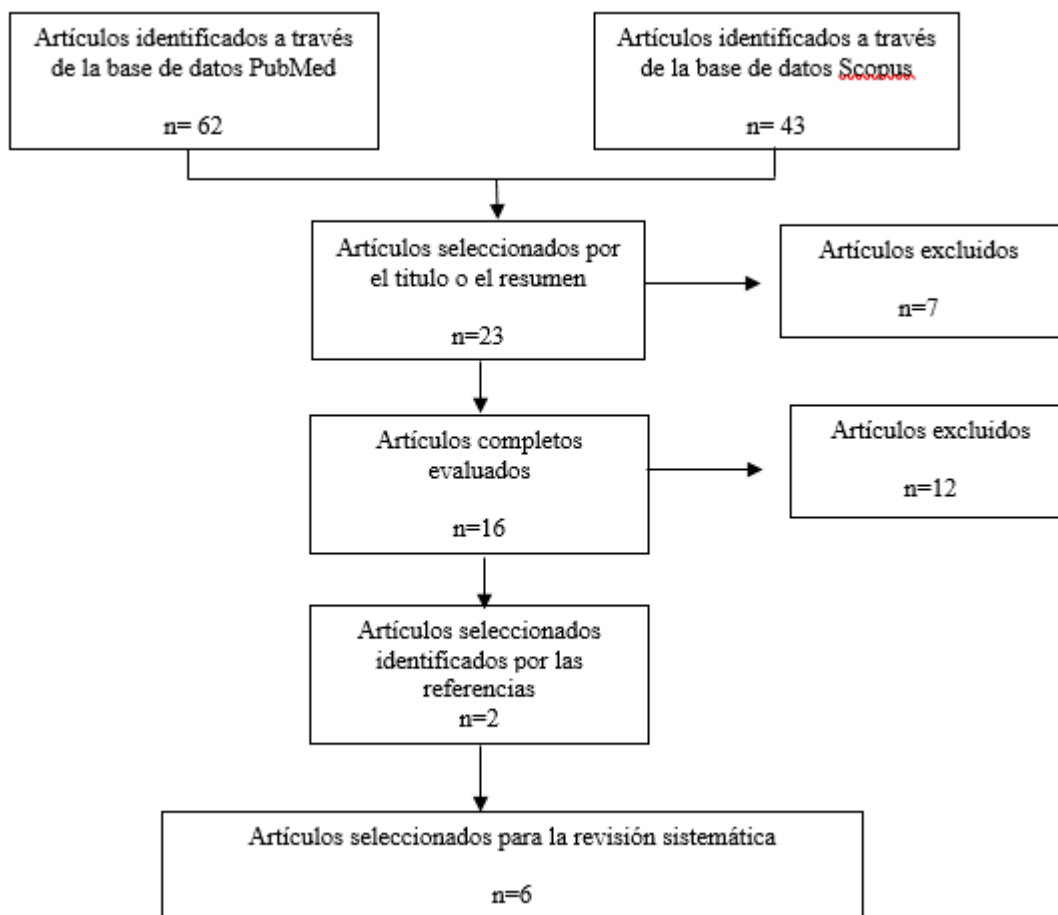


Figura 1. Diagrama del proceso de selección de artículos.

4. Resultados

Los resultados de la búsqueda bibliográfica se resumen en la **Tabla 3** y en la **Tabla 4** (ver **Anexo**). En Dietz, Davis & Pennings (2012), se optó por evaluar y comparar las diferencias en la evolución de síntomas compatibles con el TEPT (ansiedad, depresión, disociación...) en tres grupos independientes con presencia o sin de perros de terapia (pre-, post-). La muestra estuvo compuesta en su totalidad de casos confirmados de abusos sexuales en infancia. De los tres grupos, dos contaron con la participación de los perros en la dinámica de intervención. Uno de los dos grupos mencionados incorporó historias/cuentos sobre los perros, que guardaban paralelismos con las historias de abuso sexual de los niños. De esta forma, se pudo hacer una transición satisfactoria y con un sentido terapéutico entre la

actividad con los perros y pasar al tema central de la intervención con los niños (abuso sexual). Si bien es cierto que se observó una evolución decreciente de los síntomas en todos los grupos de intervención, la reducción más significativa se observó en los dos grupos de terapia con presencia de perros, especialmente en el grupo que se combinó con el uso de historias/cuentos.

En el estudio realizado por Signal, Taylor, Botros, Prentice & Lazarus (2013), trataron de probar la eficacia de un programa facilitado por caballos como terapia complementaria, en tres cohortes de edad (niños, adolescentes y adultos) y grupos independientes en víctimas de abuso sexual infantil. La intervención se planteó en tres tiempos: pre-intervención, desarrollo del programa y post-intervención. Se contó con asesoramiento clínico y recogida de datos en las fases pre- y post-. Siguió un diseño e intervención similares a un estudio posterior Kemp, Signal, Botros, Taylor & Prentice (2014), pero exclusivamente en niños y adolescentes. Se realizó una recogida de datos pre y post-intervención para comprobar la evolución de la sintomatología depresiva, ansiedad o intensidad del trauma de los participantes. Los ejercicios planteados para las sesiones con los caballos eran tanto dinámica “pie a tierra con ramal” como “en libertad” por la pista o dinámicas de manejo y cuidado del animal. Los objetivos terapéuticos, por otro lado, giraban en torno a la adquisición de confianza, vínculo, observación, lenguaje corporal, autopercepción, desarrollo de patrones de pensamiento y reacción/respuesta frente a diferentes situaciones, entre otros. Ambos estudios demostraron mediante el análisis de puntuaciones obtenidas, una reducción en la sintomatología evaluada de los tres grupos participantes. En el estudio de Signal et al. (2013), desde una perspectiva clínica, se traduce la reducción de puntuaciones desde un daño potencial en sintomatología depresiva a puntuaciones “normales” o “mínimas”. Los resultados tuvieron un mayor alcance en los grupos de menor edad. En el estudio de Kemp et al. (2014), se observaron mejoras significativas en la conducta y los síntomas de niños y adolescentes después de haber formado parte del programa facilitado por caballos en combinación con el asesoramiento clínico de 6 semanas de duración, si comparamos los resultados con las puntuaciones pre-programa. Hay que destacar en este estudio los efectos positivos que se consiguieron sobre la “conducta sexualizada”. Se dice que esta puede ser resistente a tratamientos de corta duración y persistir en el tiempo. En el presente estudio se obtuvieron mejoras significativas, comparado con el efecto conseguido con terapias tradicionales.

Encontramos una estructuración diferente en Signal, Taylor, Prentice, McDade & Burke (2017) quienes optaron por realizar una introducción escalonada a las IAA en diferentes grupos y una evaluación en tres puntos temporales, con niños/as que se encontraban en tratamiento cognitivo conductual previo por experiencias de abuso sexual. El objetivo era el de examinar la evolución de los síntomas clínicos del TEPT de forma previa a la implementación de un programa de intervención asistida con perros y de forma posterior al programa. Se focalizó especialmente en síntomas de: evitación, intrusión, disociación y arousal asociado a experiencias de abuso. Para valorar la influencia de los perros sobre el tratamiento se divide el programa en 3 fases (con y sin presencia del animal de terapia) pasando la muestra por cada una de ellas. Las sesiones contaban con objetivos terapéuticos y actividades diseñadas focalizando sobre: empatía, lenguaje corporal y sentimientos, manejo de emociones, comunicación verbal/no verbal, desarrollo y respeto de vínculos, pedir ayuda, desarrollar redes de apoyo y/o técnicas de relajación. En este estudio, presencia significativa de sintomatología vinculada a TEPT decreció por debajo de niveles clínicos una vez superado el programa (especialmente en síntomas de evitación) en estos niños. Los tutores/cuidadores reportaron cambios en el estado de ánimo y la conducta de los niños con respecto a la relación familiar y en el entorno escolar.

En Kiely & McCullough (2017) tenemos una investigación de grupo control y grupo tratamiento donde se pretendía aportar luz sobre si los programas de equinoterapia son modalidades de tratamiento efectivas para paliar sintomatología del TEPT en víctimas de sucesos traumáticos. A su vez, se propusieron averiguar si existía una asociación entre las variaciones de la sintomatología con el vínculo que se pudiese establecer entre humano-animal. En el grupo tratamiento se desarrollaron actividades junto al caballo del tipo manejo y cuidado del animal. En el grupo control se recibió terapia cognitiva-conductual centrada en el trauma. En ambos grupos se realizó una evaluación de la sintomatología del TEPT en tres ocasiones (pre-, durante la intervención y post-). Esta evaluación se realizó de forma previa a la implementación del programa, durante y una vez finalizado este. La reducción de los síntomas se observó en ambos grupos, lo cual se puede interpretar de forma positiva teniendo en cuenta que hasta ahora las intervenciones terapéuticas del tipo cognitivo-conductual se consideraban como las únicas con validez y soporte empírico con respecto a sus resultados positivos en este tipo de población y trastorno. Desde este punto de vista, sería interesante explorar con mayor detenimiento la posibilidad de incorporar programas de TAC como tratamiento complementario cuando por sí sola la terapia cognitivo-conductual no es

suficiente. Por último, hay que destacar que no se observó efecto de cambio con respecto al vínculo humano-animal, por lo que la hipótesis no resultó del todo concluyente.

Finalmente, se incluyó en esta revisión la investigación llevada a cabo por Krause Thames, Ray & Kolassa (2018). En este estudio se pretendía averiguar los efectos de la participación de perros adiestrados sobre los niveles de estrés usando biomarcadores, como las medidas de cortisol en saliva, frecuencia cardíaca o presión sanguínea. En este estudio se hipotetizaba que la presencia de los perros en una situación de elevado estrés, como representan las entrevistas forenses para población infantil que ha sufrido abusos sexuales, reduciría las respuestas fisiológicas vinculadas al estrés. Se decidió incluir este estudio ya que, el estrés es la primera respuesta inespecífica que se genera a partir de sucesos traumáticos y que estos pueden cronificarse desarrollando después sintomatología compatible con TEPT. Se valoró que los resultados podían aportar evidencias útiles con respecto al uso de las TAA en el tratamiento de las primeras fases en el curso del TEPT. La estructura del diseño de medidas repetidas contó con la aleatorización de la muestra a dos condiciones (experimental y control). Se evaluaron biomarcadores en ambos grupos de forma previa y posterior a la entrevista. En la condición experimental, se realizó la entrevista forense con la presencia de perros adiestrados para el efecto y los niños contaban con la posibilidad de interactuar con los mismos durante la entrevista. Se concluyeron reducciones significativas en biomarcadores evaluados después de la entrevista en el grupo experimental concluyendo que los perros pueden contribuir a la reducción de los niveles de estrés en situaciones de elevada carga.

5. Discusión y conclusiones

El amplio espectro de los TEPT en niños y adolescentes víctimas del maltrato o abuso sexual y su impacto en el ámbito social, familiar y personal, requiere la búsqueda de alternativas en el tratamiento terapéutico que permita revertir los síntomas asociados. En este sentido, tal y como se concluye en los estudios revisados en este trabajo, la canoterapia y la equinoterapia surgen como una alternativa terapéutica complementaria o alternativa que busca de manera intencional y planificada la incorporación de un animal previamente entrenado con la expresa finalidad de mejorar ostensiblemente el funcionamiento psicosocial y cognitivo de los menores que padecen un TEPT.

Las evidencias empíricas encontradas indican que este tipo de terapia no puede considerarse como un sustituto de las terapias convencionales, como ahora la terapia cognitivo-conductual. Por tanto, el objetivo fundamental debería centrarse en la búsqueda de un modelo terapéutico integrador que pueda realizar un abordaje integral del proceso de intervención en este tipo de trastornos. En este contexto, la utilización de los animales ayuda al terapeuta a desarrollar de manera adecuada la terapia, ya que el contacto del paciente con el animal le permite relajarse, atenuar los síntomas del estrés, tener mejor motivación y estar dispuesto a establecer relaciones interpersonales y de franco diálogo que permitirán al especialista indagar en profundidad acerca de los hechos que originaron el trauma y, en consecuencia, realizar un abordaje completa del TEPT.

En el marco de las técnicas utilizadas en este tipo de terapias, los resultados de diversas investigaciones muestran la efectividad de la terapia cognitivo-conductual direccionada a lograr cambios positivos desde el punto de vista conductual y cognitivo de los pacientes. Esto se logra gracias al establecimiento de un entorno o ambiente de trabajo en el que el animal actúa como un objeto transicional que permite que el paciente proyecte sus vivencias, se establece un contacto físico, muestras de afecto y, en general, se propicia un ambiente de seguridad y confianza adecuado para el tratamiento de la clínica del paciente.

Asimismo, independientemente de los animales usados en la TAA, se ha demostrado que son de gran utilidad en la corrección de los problemas conductuales, mejorar la confianza y la autoestima con énfasis en niños y adolescentes que han sufrido abusos sexuales o maltrato, permite la integración social y la superación de los temores y el miedo por medio de la estimulación multisensorial producto de la relación humano-animal.

6. Referencias bibliográficas

- Antoni, M., Iroson, G., y Schneiderman, N. (2007). *Manejo de estrés cognitivo-conductual*. New York: Oxford University. Barker.
- Boletín Oficial del Estado (BOE) 190. (2016). *Ley 4/2016, de 22 de julio, de Protección de los Animales de Compañía de la Comunidad de Madrid*. Comunidad de Madrid «BOCM» núm. 190, de 10 de agosto de 2016 «BOE» núm. 285, de 25 de noviembre de 2016 Referencia: BOE-A-2016-11097. Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/pdf/2016/BOE-A-2016-11097-consolidado.pdf>
- Boletín Oficial del Estado (BOE) 309. (2009). *Ley 19/2009, del acceso al entorno de las personas acompañadas de perros de asistencia*. Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2009-20771&p=20091203&tn=1>.
- Briceño, A., Abufhele, M., Dávila, D., Barreau, V., Sommer, A., Castro, M., Ebel, F., Oltra, H., Aravena, P., Melo, A., y Correa, D.(2013). *Estrés postraumático en escolares a 8 meses del 27F*. Scielo. Rev. chil.pediatr. vol.84 nº.1. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0370-41062013000100005&script=sci_arttext.
- Bustos P., Rincón, P. y Aedo J. (2009). *Validación preliminar de la escala infantil de Síntomas del Trastorno del Estrés Postraumático (Child PTSD Symptom Scale, CPSS) en niños/as y Adolescentes Víctimas de Violencia Sexual*. Psykhe. V.18n.2.2009.113-126. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S071822282009000200008&script=sci_arttext
- Cabra, C. (2012). *Terapia asistida con animales, efectos positivos en la salud humana*. Journal of Agriculture and Animal Sciences. 2012. Vol, 1Nº 2. Recuperado de <http://repository.lasallista.edu.co:8080/ojs/index.php/jals/article/view/379/180>.
- Castillo, M. (2015). *La Canoterapia y su vinculación con el proceso de socialización en los niños y niñas de educación inicial del centro de desarrollo infantil “Explora Kids” del Cantón Pujilí provincia de Cotopaxi*. Recuperado de <http://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/19349>.
- Cid, M y Camps, M. (2010), *Estimulación multisensorial: concTEPTo y campos de aplicación*. Universidad Rovira i Virgili. Tarragona. Siglo Cero. Revista Española sobre Discapacidad Intelectual. Vol. 41. Nº 236.p.p 22-32. Recuperado de http://www.uliazpi.net/intranet/galeria/uploads/ul_Noticias/01.%20LA%20INTERVE

NCION%20MULTISENSORIAL.%20LOS%20ESPACIOS%20%20SNOEZELEN
%20.%20MARIA%20JOSE%20CID.pdf.

- De La Torre, R. y Vásquez, O. (2018). *Instrumentos jurídicos respecto a la relación entre humanos y no humanos derivada de la asistencia emocional*. dA. Derecho animal. (Fórum of Animal Law Studies). Recuperado de <https://doi.org/10.5565/rev/da.371>.
- Dietz, T. J., Davis, D., & Pennings, J. (2012). Evaluating animal-assisted therapy in group treatment for child sexual abuse. *Journal of child sexual abuse*, 21(6), 665-683.
- Echeburúa, E., y Corral, P. D. (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. *Cuadernos de medicina forense*, (43-44), 75-82.
- Fine, A. (2006). *Manual de terapia asistida con animales*. "2nd ed. San Diego. California. Elsevier.
- Fundación Affinity (2018). *Declaración Universal de los Derechos del Animal*. Recuperado de https://www.fundacion-affinity.org/sites/default/files/derechos_animal.pdf.
- García, P., Amado, L., Babot, M., Lacasa, F. y Álvarez, M. (2017). La aplicación de la terapia asistida con animales en la salud mental infanto-juvenil. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 9(2), págs. 177-188. DOI: 10.17533/udea.rp.v9n2a11
- García, J. y Peña, E. (2018). Reacción psicológica ante la experiencia de abuso sexual extrafamiliar en padres de niños abusados. *Universidad Simón Bolívar. Psicogente*, vol 21, N° 40. p.p 378-402. Recuperado de <https://doi.org/10.17081/psico.21.40.3079>.
- González, M. y Landero, R. (2013). Terapia asistida con animales como apoyo en la reestructuración cognitiva. *Revista de Psicología de la Universidad de Antioquia*, 5 (1).35-43.
- Gross, E. (2004). *Equinoterapia, la rehabilitación por medio del caballo*. Trillas.
- Hernández, D., Estrada, G. y Gómez, J. (2015) Programa de educación asistida con animales para potenciar el desarrollo del lenguaje en niños de 3 y 4 años. *Universidad cooperativa de Colombia, Colombia*. Recuperado de <http://repository.ucc.edu.co/handle/ucc/3977>
- Jiménez, X., Landero, R. y González, R. (2012). Terapia asistida por perros en el tratamiento del manejo de las emociones en adolescentes. *SUMMA psicológica UST 2012*, Vol. 9, N° 2, 25-32. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4114123>.
- Jiménez, R. (2017). Intervención asistida con perros y caballos para el empoderamiento de las personas con discapacidad intelectual. Recuperado de <https://rio.upo.es/xmlui/handle/10433/3862>.

- Kemp, K., Signal, T., Botros, H., Taylor, N., & Prentice, K. (2014). Equine facilitated therapy with children and adolescents who have been sexually abused: A program evaluation study. *Journal of child and family studies*, 23(3), 558-566.
- Krause-Parello, C. A., Thames, M., Ray, C. M., & Kolassa, J. (2018). Examining the effects of a service-trained facility dog on stress in children undergoing forensic interview for allegations
- Martos, R., Ordoñez, D., de la Fuente, I., Martos, R. y García, R. (2015). Intervención asistida con animales (IAA): Análisis de la situación en España. *Escritos de Psicología*, Vol, 8 nº 3 pp1-10. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/2710/271043400001.pdf>.
- Moreno, N y Prieto, M. (2015). *Terapia asistida con animales: percepción de los profesionales*. Universidad Pontificia Comillas. Madrid. Recuperado de <https://www.repositorio.comillas.edu/jspui/bitstream/11531/1056/1/TFM000124.pdf>
- Mueller, M. K., & Mc Cullough, L. (2017). Effects of equine-facilitated psychotherapy on post-traumatic stress symptoms in youth. *Journal of child and family studies*, 26(4), 1164-1172.
- National Institutes of Health-NIH (2016). *Trastornos por estrés postraumático*. Publicación NIH. Nº SQF 16-6388. Recuperado de https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-por-estres-postraumatico/sqf-16-6388_156346.pdf
- Nimer, J. & Lundahl, B. (2007) *Animal-assisted therapy: A meta-analysis*. *Anthrozoos*, 20, 225-238. Recuperado de <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.2752/089279307X224773>.
- Organización Mundial de la Salud- OMS (2013). *La OMS publica unas directrices sobre la atención de salud mental tras los eventos traumáticos*. Ginebra. Recuperado de https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/trauma_mental_health_20130806/es/.
- Organización Mundial de la Salud- OMS (2016). *Maltrato Infantil*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>.
- Organización Mundial de la Salud- OMS (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10 : clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid : Editorial Médica Panamericana.
- Orozco, M. (2015). *Equinoterapia y Discapacidad: un abordaje desde la Psicología*. Universidad de la República. Uruguay. Recuperado de

https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg_ma_elina_orozco.pdf.

- Parish, N. (2008). Animal-assisted therapy with children suffering from insecure attachment due to abuse and neglect: A method to lower the risk of intergenerational transmission of abuse? *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13(1), 7-30. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/317226349_Animal-Assisted_Therapy_with_Children_Suffering_from_Insecure_Attachment_Due_to_Abuse_and_Neglect_A_Method_to_Lower_the_Risk_of_Intergenerational_Transmission_of_Abuse.
- Pazmiño, K. (2016). Abuso sexual y factores emocionales que afectan a los niños y adolescentes de la “Fundación Niños Queridos” de la parroquia Virginia del Cantón Babahoyo Provincia de los Ríos. Universidad Técnica de Babahoyo. Recuperado de <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/49000/3073/1/P-UTB-FCJSE-PSCLIN-000002.pdf>
- Piqueras, C. (2013). Terapia cognitiva y terapia asistida con animales en el tratamiento de la depresión (Doctoral dissertation, Universidad de Belgrano. Facultad de Humanidades. Carrera de Psicología).
- Piso, A. (2018). Terapia Asistida con Caballos: una alternativa de intervención con personas con TEA. Universidad de La Laguna. Recuperado de <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/9738/Terapia%20asistida%20con%20caballos%20una%20alternativa%20de%20intervencion%20con%20personas%20con%20TEA.%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Risco, L. (2005). Trastorno de Estrés postraumático I. Cuadro Clínico. *Medwave*. Año V, N° 11.2005. recuperado de <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/APS/1876>.
- Salazar, A. (2016). Terapia asistida con animales y cuidados de enfermería. Una revisión de la literatura más reciente. Recuperado de <https://www.repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/8956/Salazar%20Calleja%20A..pdf?sequence=4&isAllowed=y>.
- Save the Childrens España. (2017). Ojos que no quieren ver. Capítulo Andalucía. Recuperado de <https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/save-ojos-andalucia-web.pdf>.
- Signal, T., Taylor, N., Prentice, K., McDade, M., & Burke, K. J. (2017). Going to the dogs: A quasi-experimental assessment of animal assisted therapy for children who have experienced abuse. *Applied developmental science*, 21(2), 81-93

- Signal, T., Taylor, N., Botros, H., Prentice, K., & Lazarus, K. (2013). Whispering to horses: Childhood sexual abuse, depression and the efficacy of equine facilitated therapy. *Sexual Abuse in Australia and New Zealand*, 5(1), 24.
- Sinclair, C y Martínez, J. (2006). Culpa o responsabilidad: Terapia con madres de niñas y niños que han sufrido abuso sexual. Pontificia Universidad Católica de Chile. *PSYKHE*. 2006. Vol. 15, nº 2, p.p 25-35. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=96715203>.
- Soler, I. (2012). RTM, IV recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales. CYESAN.ISBN.8493914215.
- Velásquez, R. (2014). Experiencias en un programa de lectura asistida por un perro de terapia. Universidad del Turabo. Recuperado de http://ut.suagm.edu/sites/default/files/uploads/HealthSciences/Thesis/Roxana_M_Velazquez_Lucena_PHL_2014.pdf.
- Veloza, E., Torres, N., Pardo, F., Londoño, A., Hurtado, M., Gómez, C., Giron, A., Villarreal, C. y Pineda, N. (2011). Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual. Ministerio de protección Social Colombia. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/MODELO%20DE%20ATENCI%C3%93N%20A%20V%C3%8DCTIMAS%20DE%20VIOLENCIA%20SEXUAL.pdf>.
- Villanueva, I. (2013). El abuso sexual infantil: Perfil del abusador, la familia, el niño víctima y consecuencias psíquicas del abuso. En *Psicogente*, 16(30), 451-470. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=497552364016>.
- Viteri, M. (2017). La efectividad de la terapia asistida con perros en el desarrollo y manejo de la empatía en niños entre 8 y 10 años, que residen en orfanatos, por causa de negligencia familiar en la ciudad de Quito. Colegio de Artes Liberales.
- Woodcock, R., Ortiz, J., Bravo, K., Meza, D. y Rondón, W. (2008). Aportes del programa de Equinoterapia de la fundación sinergia a un grupo de niños en condiciones de discapacidad en la ciudad de San Juan de Pasto. *Revista UNIMAR*. N° 45. 2008. Recuperado de <http://www.ojseditorialumariana.com/index.php/unimar/issue/view/9/9>.
- Yague, G. (2017). Intervención asistida por Animales en Trabajo Social. Aproximación teórica para la intervención social. *Ehquidad International Welfare Policies and Social Work Journal* N° 8. Recuperado de <http://revistas.proeditio.com/ehquidad/article/view/1624>.

7. Anexos

Tabla 3. Resumen del tipo de población, el tipo de abuso, los síntomas y las herramientas de evaluación de los estudios seleccionados.

Autores y año	Población	Tipo de abuso	Síntomas	Herramientas de evaluación del síntoma
(Dietz, Davis & Pennings, 2012)	153 niños/as de entre 7 y 17 años.	-Casos confirmados de abusos sexual. -La duración del abuso fue menor de 6 meses en la mitad de los participantes. -La mayoría de los niños fueron abusados por un adulto.	Síntomas vinculados al trauma producido por la experiencia. Incluyen ansiedad, depresión, ira/frustración, disociación, inquietudes sexuales.	Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC): - Ansiedad. - Depresión. - Ira/frustración. - Disociación. - Distrés sexual.
(Signal, Taylor, Botros, Prentice & Lazarus, 2013)	- 15 niños de 8-11 años (9 niñas y 6 niños). - 15 adolescentes (de 12-17 años (todo chicas). - 14 adultos de 19-50 años (todas mujeres).	Sin datos específicos del suceso de abuso (no facilitado a experimentador/investigador).	Sintomatología depresiva derivada de la experiencia de abuso sexual en infancia.	Evaluación de cambios a través de: - Child Depression Inventory (CDI for the child cohort). - Beck Depression Inventory (BDI- for adolescents and adults).
(Kemp, Signal, Botros, Taylor & Prentice, 2013)	- 6 niños y niñas (8-11 años) y 15 adolescentes (de.	-Sin datos específicos del suceso de abuso (no facilitado a experimentador/investigador). -Niños y adolescentes procedentes de un centro de referencia en Queensland (Australia) para el tratamiento de abuso sexual y víctimas de negligencia y/o abuso físico.	Depresión, ansiedad, conductas disruptivas y trauma.	- Children Depression Inventory (CDI), creado a partir del Beck Depression Inventory. - Child Behavior Checklist (CBCL), para niños y adolescentes de 6 a 18 años. - Trauma Symptom Checklist (TSCC), para evaluar sintomatología traumática en niños y adolescentes. - Beck Depression Inventory (BDI), para la depresión - Beck Anxiety Inventory (BAI), para determinar severidad de ansiedad.

(Continuación)

Autores y año	Población	Tipo de abuso	Síntomas	Herramientas de evaluación del síntoma
(Signal, Taylor, Prentice, McDade & Burke, 2017)	17 niños de entre 5 y 12 años.	Información no disponible/no proporcionada para el estudio.	Síntomas clínicos de TEPT producidos por experiencia de abuso sexual en infancia.	Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC): <ul style="list-style-type: none"> - Intrusión. - Aversión. - Arousal. - Disociación. - Total. Encuesta a padres/cuidadores: Evaluación de indicadores conductuales de los participantes (frecuencia).
(Kiely & McCullough, 2017)	54 jóvenes (25 grupo experimental, 29 grupo control), 45 chicos y 9 chicas.	Muestra procedente de dos centros de salud mental en Estados Unidos que proporcionaban programas terapéuticos para jóvenes que han experimentado trauma derivado de experiencias de abuso sexual. Centros que colaboran con el sistema judicial de menores.	Necesidades especiales de tratamiento en salud mental vinculadas a recuperación de trauma. Sintomatología TEPT evaluada mediante la Child Revised Impact of Events Scale (CRIES-13).	Revised child impact of events scale-13 (CRIES-13): <ul style="list-style-type: none"> - Síntomas de intrusión, evitación, y arousal vinculados al TEPT. - Tres tiempos/ambos grupos: línea base (pre-test) (semana 1), durante intervención (semana 5), post-test (semana 10). Human-animal bond scale (HABS): <ul style="list-style-type: none"> - Impacto de la interacción con el caballo en el grupo tratamiento. - Puntuaciones tratadas en estudio como variable continua.
(Krause, Thames, Ray & Kolassa, 2018)	51 niños de 4-16 años (22 niños y 29 niñas). Dos condiciones: <ul style="list-style-type: none"> - Control . - Experimental. 	Muestra procedente del centro de abogacía de Virginia (EEUU). Selección de casos basándose en la información proporcionada por agencias (policía, servicio al menor, etc.): <ul style="list-style-type: none"> - 60% Manifestaron alegato de abuso. - Contacto Sexual: 40.8%. - Contacto indecente (ofensivo) 12.2%. - Asalto agravado 10.2%. - Mas de un cuarto de los niños tenía contacto diario con perpetrador 6%. 	Evaluación de niveles de estrés producidos por situaciones altamente estresoras (entrevista forense).	Evaluación de biomarcadores (pre-, post-): <ul style="list-style-type: none"> - Frecuencia cardiaca. - Cortisol a través de la saliva. - Presión sanguínea.

Tabla 4. Resumen del tipo de intervención, los objetivos y las conclusiones de los estudios seleccionados.

Autores y año	Intervención	Objetivos	Conclusiones
(Dietz, Davis & Pennings, 2012)	<ul style="list-style-type: none"> - Intervención Asistida por Perros (TAP). - Diseño cuasi-experimental con tres condiciones experimentales y evaluación pre/post: <ul style="list-style-type: none"> - Sin perro. - Presencia de perros sin historias. - Historias con presencia de perro. 	<p>Evaluar y comparar la efectividad de tres grupos de terapia para víctimas de abusos sexual infantil.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - En grupos con presencia de perros se redujeron las puntuaciones de las subescalas de manera significativa en la evaluación post-test. - Se determina la intervención asistida por animales como alternativa complementaria efectiva a otros tratamientos para víctimas de abuso sexual en infancia.
(Signal, Taylor, Botros, Prentice & Lazarus, 2013)	<ul style="list-style-type: none"> - Terapia Asistida con Caballos (TAC). - Diseño cuasi experimental de medidas repetidas (tres puntos temporales) para evaluar cambios en sintomatología depresiva en todos los participantes. - Evaluación pre y post programa TAC. 	<ul style="list-style-type: none"> - Averiguar la eficacia de un programa de TAC como complementaria para los síntomas depresivos presentes en víctimas de abuso sexual. - Comparar eficacia de este modelo/aproximación a través de diferentes grupos de edad (niños, adultos y adolescentes). 	<ul style="list-style-type: none"> - Las puntuaciones de TIME 1 a TIME 2 (PRE-TAC) comparadas con TIME2 a TIME 3 (POST-TAC) demostró reducción significativa de puntuaciones recogidas (CDI y BDI). - Desde perspectiva clínica esta reducción se tradujo en cambios de daño potencial en sintomatología depresiva a puntuaciones “normales” o “mínimas” o “leves” en las tres cohortes de edad.
(Kemp, Signal, Botros, Taylor & Prentice, 2013)	<ul style="list-style-type: none"> - Diseño cuasi-experimental de medidas repetidas (tres puntos temporales). 	<ul style="list-style-type: none"> - Examinar eficacia de un Programa Facilitado por Caballos como terapia complementaria en niños y jóvenes que han sufrido abuso sexual. - Reducir síntomas de ansiedad, depresión, conducta disruptiva y trauma. 	<ul style="list-style-type: none"> - Reducción significativa de síntomas a partir de datos recopilados post-tratamiento en niños y adolescentes. - Mejores resultados con niños que con adolescentes. - Eficacia no afectada por género o edad.

(Continuación)

Autores y año	Intervención	Objetivos	Conclusiones
(Signal, Taylor, Prentice, McDade & Burke, 2017)	<ul style="list-style-type: none">- Intervención Asistida por Perros (TAP).- Diseño cuasi-experimental de medidas repetidas (pre y post) y línea base múltiple (tres puntos temporales).	Examinar eficacia de un programa de Intervención Asistida por perros en niños que presentan sintomatología TEPT producida por experiencia de abuso sexual (Intrusión, Aversión, Arousal, Disociación y Total).	<ul style="list-style-type: none">- Los niños con una presencia clínica significativa de sintomatología vinculada al trauma incluyendo Intrusión, Evitación, Arousal y Disociación decrecieron por debajo de niveles clínicos a lo largo de la intervención.- Programa muy apropiado para niños que no tienen madurez cognitiva, emocional y conductual para una intervención cognitiva-conductual.- Adherencia al tratamiento del 90%.
(Kiely & McCullough, 2017)	<ul style="list-style-type: none">- Programa Facilitado por Caballos.- Diseño cuasi-experimental con asignación aleatoria a las condiciones experimentales:<ul style="list-style-type: none">- Control: Tratamiento cognitivo conductual.- Tratamiento: Programa facilitado por caballos.	<ul style="list-style-type: none">- Investigar si los Programas Facilitados por Caballos son una modalidad de tratamiento efectiva para tratar síntomas de TEPT en jóvenes que han sufrido experiencias adversas en su infancia.- Investigar si existe asociación entre cambios en niveles de sintomatología asociados a TEPT y cambio en niveles del vínculo humano-animal en edad juvenil.	<ul style="list-style-type: none">- Reducción de síntomas a través de las 10 semanas en ambos grupos.- No se observó efecto de cambio con respecto al vínculo humano-animal sobre síntomas TEPT.
(Krause, Thames, Ray & Kolassa, 2018)	Diseño cuasi-experimental de medidas repetidas. Participantes asignados de manera aleatoria en dos condiciones: <ul style="list-style-type: none">- Experimental.- Control.	<ul style="list-style-type: none">- Investigar los efectos del uso de perros de servicio adiestrados sobre los niveles de estrés usando biomarcadores.- Se pretende usar esta relación en las situaciones altamente estresantes como las entrevistas forenses a niños que han sufrido abusos.	Reducción significativa en biomarcadores (frecuencia cardíaca, cortisol-saliva...) después de la entrevista en el grupo experimental. La presencia de los perros contribuye a reducir el nivel de estrés.