

Universidad Nacional de Mar del Plata - Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

Repositorio Kimelü

<http://kimelu.mdp.edu.ar/>

Licenciatura en Terapia Ocupacional

Tesis de Terapia Ocupacional

2010

Terapia ocupacional : una perspectiva en terapias ecuestres

Lorenzo, Mariana Soledad

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/857>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

TO
Inv. 4105

Tesis de grado

“Terapia Ocupacional: una perspectiva en Terapias Ecuestres”

Autores: Lorenzo, Mariana Soledad
Sempé, María Clara
Sobol, Noelia Alejandrina

Universidad Nacional de Mar del Plata
Facultad de Ciencias de la salud y Servicio Social
Licenciatura en Terapia Ocupacional
Año: 2010

Directora de Tesis:



Lic. María José Cordonnier

Asesoramiento Metodológico: Asignatura Taller de Trabajo Final

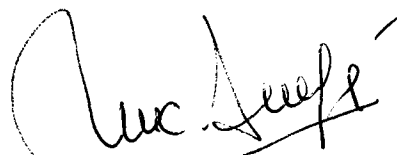
Tesistas:



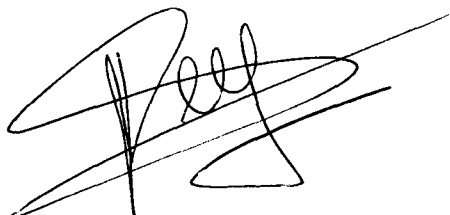
Lorenzo, Mariana Soledad DNI: 30.352.064

Biblioteca C.E.C.S. y S.S.	
Inventario 4105	Signatura top
Vol	Ejemplar:
Universidad Nacional de Mar del Plata	

31 OCT 2012



Sempé, María Clara DNI: 30.946.218



Sobol, Noelia Alejandrina DNI: 29.551.200

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer a nuestra directora Maria José Cordonnier y a la docente del Taller de Trabajo Final Norma Gordillo por habernos guiado en esta etapa final de nuestra carrera.

A Fermín Mas por su asesoramiento, a las Terapistas Ocupacionales y a los profesionales de los Centros de Terapias Ecuestres que nos brindaron su tiempo, atención y ayuda en forma desinteresada.

Queremos dedicar este proyecto a nuestras familias, que nos apoyaron e hicieron posible recorrer este camino.

A las amigas de la vida, por estar siempre y a las que conocimos transitando esta etapa de aprendizaje, con las que compartimos más que horas de estudio.

A nuestros novios por acompañarnos y contenernos en esta etapa que finalizamos, pero que a su vez es el comienzo de nuevas experiencias.

Y por último a todos aquellos que de alguna manera nos apoyaron en todo el transcurso que nos llevó a convertirnos en Terapistas Ocupacionales.

Gracias a todos!!!

Clara, Mariana y Noelia

INDICE

PORTADA.....	1
DIRECCION Y ASESORAMIENTO.....	2
AGRADECIMIENTOS.....	3
INTRODUCCIÓN	6
TEMA.....	8
PROBLEMA	8
OBJETIVOS.....	8
Objetivo general:	8
Objetivos específicos:.....	8
FUNDAMENTACION.....	9
ESTADO ACTUAL DE LA CUESTIÓN.....	11
MARCO TEORICO.....	30
TERAPIA ASISTIDA CON ANIMALES.....	31
Historia y antecedentes de las terapias con animales	32
Actividades y Terapias Asistidas con Animales.....	35
Participación del Terapeuta Ocupacional en Terapia Asistida con Animales	41
TERAPIAS ECUESTRES	44
Definición de Terapias Ecuestres	45
Historia de la Equinoterapia/ Terapias Ecuestres.....	48
Principios terapéuticos de las Terapias Ecuestres	51
Entidades clínicas posibles de abordaje en Terapias Ecuestres	56
Contraindicaciones/precauciones	57
Beneficios terapéuticos	58
Rehabilitación ecuestre: “Método Daniele”.....	59
ENTIDADES CLINICAS CONSIDERADAS EN ESTE ESTUDIO	64
Encefalopatía crónica no evolutiva (.E.C.N.E.).....	65

Autismo	70
Síndrome de Down	77
FUNDAMENTOS CONCEPTUALES DE LA TERAPIA OCUPACIONAL	81
Concepto de Terapia Ocupacional	82
Incumbencias profesionales del T.O.	82
Fundamentos de Terapia Ocupacional	85
Modelo de desempeño ocupacional de la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA)	87
Marcos de referencia utilizados en T.O. seleccionados para esta investigación	95
ASPECTOS METODOLOGICOS	100
Tema:	101
Problema:	101
Objetivo general:	101
Objetivos específicos:	101
VARIABLES DE ESTUDIO	102
Variable independiente:	102
Variables dependientes	107
TIPO DE ESTUDIO	111
ENFOQUE DE INVESTIGACION:	112
POBLACION-MUESTRA-UNIDAD DE ANALISIS:	112
TECNICAS DE RECOLECCION DE DATOS:	113
ANALISIS CUALITATIVO DE LOS DATOS	116
CONCLUSION	134
BIBLIOGRAFIA:	139
ANEXOS	146

INTRODUCCIÓN

La Terapia Ocupacional utiliza actividades con fines terapéuticos con el objetivo de mejorar el desempeño ocupacional logrando así una mayor independencia y fundamentalmente mejorando la calidad de vida de las personas. El T.O. interviene cuando las habilidades se encuentran alteradas o disminuidas, ofreciendo actividades graduadas, analizadas y con propósito con el fin de alcanzar los objetivos del tratamiento.

Distintas actividades han sido utilizadas por los T.O. y una nueva corriente que surge con mayor fuerza desde la década del setenta son las T.A.C.A. (Terapia Asistida con Animales), enmarcadas en nuevas corrientes holísticas y ecológicas que promueven un mayor contacto con la naturaleza.

“Las T.A.C.A. conforman un impulso interdisciplinario que han generado, un movimiento mundial dentro del cual se rescata el aporte que desde la vida brindan animales, fundamentalmente perros, delfines y caballos.”¹ En general, cualquier constituyente de la naturaleza es capaz de favorecer sensaciones de tranquilidad que distienden y gratifican nuestros procesos mentales. Pero son aquellos elementos que interaccionan directamente con el hombre los que entregan mejores resultados, es el caso de los animales. El contacto con ellos provoca sensaciones positivas, y el caballo no es la excepción.

“Las Terapias Ecuestres usan las actividades orientadas con caballos con el propósito de contribuir positivamente al desarrollo cognitivo, físico, emocional, social y ocupacional de las personas que sufren algún tipo de

¹ Oudshoorn S., Spinotto M. L., Arnau C., “Terapia Asistida con Animales”, Asociación civil “Podemos”, [en línea]. Diciembre 2008.
<http://podemosasociacioncivil.blogspot.com/2008/12/terapia-asistida-con-animales.html>.
[consulta: 03, abril 2010].

discapacidad o necesidad especial. Se concibe al caballo como herramienta de trabajo y como elemento integrador, rehabilitador y reeducador.”²

La presente investigación surge de la inquietud de alumnas de la carrera de Lic. en T.O. en pensar las características específicas del rol técnico del Terapeuta Ocupacional en la intervención en Terapias Ecuestres.

El estudio fue direccionado fundamentalmente a partir del contacto con Terapeutas Ocupacionales que fundaron un Centro de Actividades y Terapias Ecuestres en la ciudad de Tigre.

El objetivo de este estudio es realizar un recorrido teórico, relacionando las Terapias Ecuestres, su desarrollo y fundamentos; y los principios y competencias de la Terapia Ocupacional. De esta manera se busca analizar el uso de las Terapias Ecuestres desde Terapia Ocupacional para el abordaje clínico de pacientes con Encefalopatía Crónica no Evolutiva (E.C.N.E.), Autismo y síndrome de Down, siendo estas las afecciones más comúnmente tratadas en el área.

² Asociación Andaluza de Equitación Terapéutica “El Caballo Ayuda”. [en línea], 1996. <<http://www.elcaballoayuda.org/Pagina%20indice.htm>> [consulta 10, abril 2010].

TEMA

“Aportes de la Terapia Ocupacional en Terapias Ecuestres.”

PROBLEMA

Aportes de la Terapia Ocupacional a las Terapias Ecuestres, en el abordaje de pacientes con Encefalopatía Crónica no Evolutiva, Autismo y síndrome de Down.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Efectuar un desarrollo conceptual acerca del aporte del Terapeuta Ocupacional en los Centros de Terapias Ecuestres en el abordaje de pacientes con Encefalopatía Crónica no Evolutiva, Autismo y síndrome de Down.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Considerar las características específicas del rol técnico del Terapeuta Ocupacional en la intervención en Terapias Ecuestres.
- Analizar las Terapias Ecuestres desde Terapia Ocupacional, para el abordaje de pacientes con Encefalopatía Crónica no Evolutiva, Autismo y síndrome de Down.

FUNDAMENTACION

Según la Fundación Argentina Científica Establo Terapéutico: **Las Terapias Equestres son un método terapéutico y educativo, que tienen al caballo como mediador / facilitador* terapéutico, y su ambiente como medio dentro de un abordaje multidisciplinario.**

Para que estas actividades equestres sean terapéuticas es necesario que intervenga un profesional de la salud que pueda implementar el proceso de tratamiento en base a las características de la actividad y a las necesidades del paciente.

Creemos que el T.O. es uno de los profesionales capacitados para utilizar al caballo y las actividades equestres como herramientas terapéuticas, debido a que sus competencias técnicas le permiten realizar el análisis de la actividad, adaptarla y adecuarla a cada paciente y de este modo poder implementarla con un propósito terapéutico.

El abordaje del T.O. en Terapias Equestres es integral, es una terapia desarrollada para mejorar los aspectos físicos, psicológicos, educativos y sociales del paciente. Esto permite afianzar las capacidades que tiene la persona, y brindar un complemento a los tratamientos tradicionales.

Una característica muy importante es que esta terapia es asumida por el paciente como un juego en un espacio de ocio y tiempo libre, realizándose en un encuadre diferente al que habitualmente interviene el T.O. y en el cual el paciente se beneficia con los estímulos que brinda la naturaleza. Según Estivill Sara (1999), esta idea de juego, permite que el ejercicio deje de ser un aburrido

* Recurso que permite aumentar o reforzar cualquier acción o función de modo que sea producida con mayor eficiencia y facilidad.

y difícil tratamiento, dando como resultado, un ambiente más sereno, equilibrado y armonioso. El caballo permite conjugar la responsabilidad y el placer, y se convierte en un objeto de deseo de gran valor emocional y terapéutico.

En la presente investigación el abordaje del T.O. en el área será analizado a través de los conceptos del Modelo de Desempeño Ocupacional de la Asociación Americana de Terapia Ocupacional. Teniendo en cuenta las áreas, componentes y contextos del desempeño; y tomando aspectos generales de algunos marcos de referencia como Neurodesarrollo, Neuropsicología, Cognitivo-conductual y la Teoría de Integración Sensorial, se describirá el abordaje en pacientes con Encefalopatía Crónica no Evolutiva, Autismo y Síndrome de Down.

ESTADO ACTUAL DE LA CUESTIÓN

Al comenzar esta investigación, se efectuó un rastreo bibliográfico de investigaciones sobre el tema que nos atañe. La búsqueda bibliográfica fue realizada en la Biblioteca del Centro Médico de la ciudad de Mar del Plata, Tesis de grado de la Universidad Nacional de Mar del Plata, publicaciones científicas en Internet, y principalmente el contacto con Centros y Asociaciones de Terapias Ecuestres que brindaron su aporte vía e-mail.

Tesis de grado de la Universidad Nacional de Mar del Plata relacionadas al tema de la presente investigación:

– ***Tesis de grado: “Delfinoterapia” ¿Nuevo recurso terapéutico en Terapia Ocupacional?*** Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Mar del Plata. Año 2003. Autoras: Poc, Andrea; Sosa, Miriam; Videla San Romé, María de los Ángeles.

Esta investigación de carácter teórica busca generar una instancia de implementación de la Delfinoterapia como recurso terapéutico en Terapia Ocupacional.

A través del estudio las autoras generan un programa piloto desde Terapia Ocupacional destinado a niños y adolescentes con patología oncológica. Este programa denominado “Una caricia venida del mar”, está dirigido a niños y/o adolescentes que padecen esta patología y que residan en la ciudad de Mar del Plata. A pesar de ser una terapia no investigada en Argentina, a través de

datos obtenidos en otros países, se demostraría que ciertas patologías se han visto beneficiadas con sus resultados.

Este estudio no arriba a una conclusión empírica sino que se trata de la implementación a futuro de un programa piloto de Delfinoterapia. El objetivo sería obtener resultados estandarizados que permitan demostrar estadísticamente que la implementación de la Delfinoterapia como terapia complementaria, mejora la calidad de vida de niños y/o adolescentes con patología oncológica.

- **Tesis de grado: "Encuentro T.O. - Animal - Paciente ¿Es terapéutico?"**. Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Mar del Plata. Año 2007. Autoras: Pettinato, Natalia; Yañez Nor, Noelia.

Esta investigación busca establecer los fundamentos teóricos que articulen los campos de Terapia Ocupacional y las Terapias Asistidas con Animales. El objetivo es delimitar el rol del Terapeuta Ocupacional en la intervención y/o implementación de las T.A.C.A. como medio terapéutico.

Para realizar el análisis, las tesistas utilizaron como técnicas de recolección de datos: entrevistas a referentes calificados y la recopilación documental.

Las autoras arribaron a la conclusión que el T.O. es un profesional de la salud capacitado para utilizar al animal como medio terapéutico; que las T.A.C.A. producen beneficios físicos, psíquicos, sociales, educativos y mejoran la calidad de vida; que el abordaje del T.O. en estas terapias permite intervenir en las diferentes áreas y componentes del desempeño; y finalmente que las

T.A.C.A. pueden ser implementadas en las distintas etapas de la vida y en gran variedad de patologías.

Asociaciones del exterior y de nuestro país que brindan formación y acreditación en Terapias Ecuestres:

– ***North American Riding for the Handicapped Association - N.A.R.H.A-*** (Asociación Norteamericana de equitación para discapacitados): fundada en 1969 para promover la implementación de actividades y terapias equinas (E.A.A.T.) en el abordaje de personas con necesidades especiales.

N.A.R.H.A brinda programas de certificación y acreditación, además de recursos educativos que incluyen una conferencia nacional anual con cientos de asistentes. La asociación ayuda a los miembros a iniciar y mantener programas exitosos de E.A.A.T para personas con necesidades especiales.

Aunque N.A.R.H.A. comenzó con un enfoque de la equitación como una forma de terapia física y mental, la organización y sus miembros han desarrollado desde entonces diferentes actividades equinas relacionadas con fines terapéuticos, conocidos colectivamente como actividades y terapias equinas-asistidas (E.A.A.T.).El objetivo es producir beneficios a nivel físico, emocional, conductual y cognitivo. Algunos de los cuadros clínicos que pueden ser abordados son:

- Hiperactividad.
- Amputaciones.
- Trastorno por déficit de atención.
- Autismo.

- Parálisis cerebral.
- Retraso en el desarrollo.
- Síndrome de Down.
- Dificultades emocionales y de comportamiento.
- Dificultades de aprendizaje.
- Distrofia muscular.
- Esclerosis múltiple.
- Espina bífida.
- Lesión de la médula espinal.
- Adicciones y abuso de sustancias.

N.A.R.H.A. mantiene su misión de promover el desarrollo de las E.A.A.T. a través de cuatro áreas programáticas principales: certificación de instructor, acreditación de centros, oportunidades de educación y promoción. Esta asociación certifica instructores y centros de acuerdo a un conjunto de estándares comprobados. Los instructores deben asistir a talleres y aprobar tanto un examen escrito como práctico para convertirse en acreditados para enseñar programas E.A.A.T., y los centros podrán recibir una visita para convertirse en proveedores de servicios acreditados. Hasta la fecha cuenta con más de 3.500 instructores certificados de varias disciplinas y casi 800 centros que brindan prestación de acuerdo con las normas de N.A.R.H.A.

– **Asociación Nacional Italiana de rehabilitación Ecuestre (A.N.I.R.E):** asociación sin fines de lucro constituida en diciembre de 1977 con sede en Milán. Dentro de sus miembros fundadores se encuentra la doctora Danièle Nicolas Citterio, creadora del “*método Daniele*” utilizado en Rehabilitación Ecuestre.

Las áreas de intervención para la aplicación de la metodología de A.N.I.R.E incluyen:

a) *Área sanitaria*: la administración de la metodología se indica en trastornos neuropsicológicos, trastornos neurofisiológicos, retraso psicomotor y trastornos psicopatológicos.

b) *Área de asistencia socio-educativa*: se produce a través de la interacción entre el hombre con el caballo y el medio ambiente. Se busca la reinserción de la persona en el medio social de origen.

c) *Área lúdico-deportiva*. Se busca la integración social del sujeto utilizando el deporte y actividades recreativas-educativas. Algunas actividades son: doma, saltos, paseos a caballo. Se toma al caballo como mediador central.

Los integrantes del equipo de rehabilitación ecuestre pueden ser: médicos, psicólogos, maestros, fisioterapeutas, psicomotricistas.

Propósito:

- Reeducar y rehabilitar a las personas con discapacidad mental y física, a través del uso del caballo.
- Promover la práctica de deportes ecuestres y de actividades con fines recreativos.

Objetivo social:

- Promover la investigación científica, organización y difusión de la rehabilitación ecuestre en Italia, y la formación de especialistas en el área.

Esta asociación realiza cursos de capacitación sobre el método general para la rehabilitación a través del caballo.

– **Asociación Argentina de Actividades Ecuestres para Discapacitados (A.A.A.E.P.A.D):** entidad de bien público, sin fines de lucro. Fue inaugurada el 30 de septiembre de 1980, apadrinada por la Dirección de Remonta y Veterinaria del Ejército Argentino.

La Institución es pionera en la Argentina, y en Latinoamérica, y es miembro de:

- Comisión Nacional Asesora para las Personas con Discapacidad, dependiente del Poder Ejecutivo.
- Asociación Norteamericana de equitación para discapacitados / N.A.R.H.A. / North American Riding Handicapped Association.
- Asociación Internacional de Equitación para Discapacitados / R.D.I. / Riding Disabled Internacional.
- Federación Ecuestre Argentina. / F.E.A.
- Federación de instituciones de discapacitados mentales. / F.E.N.D.I.M.
- Foro Ecuestre Argentino.

Los destinatarios de esta actividad son personas con discapacidad y diferentes patologías, sin límites de edad.

Las personas que asisten a las sesiones, lo hacen con derivación del médico neurólogo, fisiatra, terapeuta ocupacional, kinesiólogo, entre otros.

Algunas patologías que pueden beneficiarse con esta modalidad:

- Afecciones del aparato locomotor.
- Trastornos Mentales y de personalidad.
- Déficit sensoriales.

Objetivos:

- Utilizar el caballo como medio de rehabilitación psicofísica y contribuir en la integración de la persona con discapacidad a la sociedad.
- Auspiciar, difundir y fomentar la actividad hípica para discapacitados a través de charlas, conferencias, congresos, exhibiciones, seminarios, clínicas y cursos de capacitación en Hipoterapia y Equinoterapia.
- Fomentar la creación de nuevas instituciones sumándose como filiales de A.A.A.E.PA.D. y con sus mismos objetivos.
- Integrar totalmente al jinete discapacitado al mundo hípico nacional e Internacional.
- Ejercer la dirección, fomento y gobierno de las actividades hípcas para discapacitados que se realicen en el país con:
 - Adiestramiento.
 - Saltos variados.
 - Carrera llanas y de obstáculos.
 - Exhibiciones.
 - Cabalgatas.
 - Pruebas especiales y juegos.
- Establecer los reglamentos a que deberán ajustarse las actividades hípcas.

Es indispensable el apoyo de la comunidad, expresada a través de acciones positivas de los entes que la integran, ya sean éstos públicos o privados.

Esta organización dicta cursos de formación en Equinoterapia, dirigidos a distintos profesionales que deseen formarse en el área.

También se emite la publicación de la revista **ZOONRISAS**, la misma surge de la necesidad de contar con material científico, de apoyo a las actividades relacionadas al mundo de la rehabilitación, vinculadas al mundo animal. Esta publicación está destinada a profesionales de la medicina, terapeutas, veterinarios, adiestradores de animales, pacientes y familiares.

A continuación se citarán Centros de Terapias Ecuestres de nuestro país y del exterior que cuentan con T.O. dentro del equipo de trabajo:

– **Asociación Andaluza de Equitación Terapéutica (España) “El Caballo Ayuda”** es una asociación sin fines de lucro que surge en 1996 desde la inquietud de un grupo de profesionales cuyo principal objetivo es dar a conocer las Terapias Ecuestres y hacerlas llegar a todas las personas con algún tipo de discapacidad o necesidad especial. Desde entonces los proyectos emprendidos han sido muchos y en diversos campos, a nivel de formación, de implementación de terapias y de asesoramiento.

Dependiendo de las necesidades que presenten los pacientes y por tanto, de los profesionales implicados directamente, clasifican en cuatro las disciplinas que integran las Terapias Ecuestres: *Hipoterapia, Equitación Psicopedagógica, Equitación adaptada y Terapias Ecuestres Ocupacionales.*

Se trabaja con personas con: discapacidad psíquica, discapacidad física, discapacidad sensorial, trastornos psicológicos, trastornos del lenguaje y/o del

aprendizaje, problemas de marginación o inadaptación social; y definiendo más específicamente, patologías como: parálisis cerebral, lesiones medulares, espina bífida, distrofia muscular, fibromialgia, fibrosis quística, esclerosis múltiple, ataxias, lesiones cerebrales, parkinson, síndrome de Rett, síndrome de Down, trastorno del desarrollo, autismo y retraso psicomotor.

Actualmente la Asociación está guiada por un grupo de profesionales de distintas áreas cuyo objetivo es trabajar por el reconocimiento profesional en las Terapias Ecuestres y hacer llegar esta actividad a todos los que se puedan beneficiar de ella.

El Equipo Técnico de la A.A.E.T. está compuesto por: Psicólogo, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, Instructor de Equitación, Monitores de Equitación Terapéutica.

Este equipo multidisciplinar permite desarrollar todos los proyectos desde la complementariedad profesional necesaria en las Terapias Ecuestres.

Objetivos:

- Fomentar el desarrollo de este tipo de Terapia.
- Crear y desarrollar una red de servicios de información y orientación individualizados que promuevan la creación de puestos de trabajo para personas con diferentes grados de discapacidad.
- Adaptar el medio laboral a las personas con discapacidad y eliminar las barreras de acceso a la formación y al trabajo.
- Lograr una rehabilitación funcional y psicológica, mejorando la adaptación social y las aptitudes básicas, tanto para el paciente como para su entorno familiar y social.

- **Fundación Al Reparó**, en San Isidro: funciona desde el año 1998, y depende de la Federación Argentina de Rehabilitación Ecuestre (F.A.R.E), quien organiza y reglamenta dicha actividad en los diferentes centros de Capital Federal.

La Fundación cuenta con un equipo interdisciplinario: su presidenta Profesora Guadalupe Gómez, encargada del área de etología, Terapeuta Ocupacional: Mariela De Giorgio, dos Terapistas Físicos, dos Psicólogos, Maestra y cuatro Jinetes.

El centro se divide en dos áreas: *monta terapéutica*; donde se hace hincapié en el trabajo psicoterapéutico en pacientes con patologías como psicosis infantil, déficit atencional, ceguera, problemas sociales y vinculares; y el área de *hipoterapia* donde se trabaja principalmente con los principios fisiológicos que brinda el caballo (calor corporal, transmisión de impulsos rítmicos y patrón de locomoción). Las patologías que se abordan en esta área son principalmente: parálisis cerebral, lesión medular, mielomeningocele, distrofia muscular, trastornos generalizados del desarrollo (T.G.D.), entre otras.

En esta área algunos de los **objetivos** son:

- Normalizar el tono muscular.
- Mejorar el control del tronco.
- Favorecer reacciones de equilibrio y enderezamiento.
- Brindar la experiencia sensorial del patrón de locomoción.
- Mejorar la atención.
- Aumentar el equilibrio.
- Mejorar la coordinación motora fina y gruesa.
- Mejorar la orientación temporo- espacial.

- Favorecer el cruce de línea media y lateralidad.

Esta fundación apuesta a construir un espacio distinto, basado en un contacto sano con el medio que se recrea. Se utilizan los principios básicos del caballo y los beneficios de un ámbito natural que favorezca el desenvolvimiento biológico, psicológico y social. Busca brindar oportunidades y motivaciones a cada uno de los jinetes, compartiendo sus logros y apoyando su trabajo; este el gran desafío que el caballo brinda, y ayudará a cumplir, mediante la Rehabilitación Ecuestre.

– ***Asociación de Equitación Integral de Rosario (A.D.E.I.R)***: creada el 15 de agosto del año 2000 constituyéndose como una entidad de carácter civil sin fines de lucro.

Está destinada a personas con: deficiencias locomotoras, sensoriales y patologías mentales, como ser: autismo, deficiencia auditiva, asma, problemas de comunicación, trastornos emocionales, síndrome de Down, parálisis cerebral, amputaciones, deficiencia visual y otras patologías, siempre que el médico lo autorice. También está dirigido a personas convencionales (Equitación).

Actualmente A.D.E.I.R. esta constituido por una Comisión Directiva y un Equipo Interdisciplinario de Salud, Educación y Deporte. Integran este equipo: Psicóloga *Griselda Lemaire*; Profesora de equitación *Liliana Fornés*; Terapista Ocupacional *Carolina Zerbonia*; Profesora de Biología *Liliana Urrutia* y equipo de voluntarios.

Objetivos:

El objetivo principal es incluir a personas con capacidades diferentes al mundo hípico, por medio de la rehabilitación, la educación y el deporte. Se busca mejorar su calidad de vida y la de su familia, enfatizando en los aspectos educativos y de comunicación, utilizando al caballo como medio de rehabilitación, diversión y motivador de alegría, con el fin de favorecer su interacción con la comunidad.

Para lograr sus objetivos la Asociación buscará:

- Desarrollar la Equinoterapia junto a otras disciplinas hípicas como: adiestramiento, volteo, salto, cabalgatas, etc.
- Brindar apoyo espiritual a los padres de los niños, adolescentes y personas adultas con discapacidad, (talleres para padres a cargo del propio equipo interdisciplinario).
- Despertar una conciencia general de solidaridad a favor de las personas con discapacidad, promoviendo una generosa y comprensiva actitud hacia la misma.
- Mantener relaciones con entidades afines del país y extranjeras para intercambio informativo y científico y cooperación mutua.
- Organizar conferencias, charlas, cursos, congresos, para dar a conocer el desarrollo de esta actividad en otros lugares.

– ***Centro de Actividades y Terapias Ecuestres “La Lujanita”***, está ubicado en Tigre, ciudad de Buenos Aires, Argentina. El mismo fue creado en el año 2005, por la Terapeuta Ocupacional *Cecilia Llambías*.

Este Centro de Actividades Equestres surgió por el deseo de dar a la Equinoterapia un encuadre profesional adecuado, incorporando esta disciplina dentro del marco de la salud, y más específicamente de la rehabilitación.

En el año 2006, surge una nueva área: "*Doma India*". Esta se basa en las características de la antigua doma india, llamada también natural o sin violencia. Aquí los alumnos aprenden a relacionarse con los caballos a través de la amistad y la confianza, gracias a un conocimiento creciente sobre las características de estos maravillosos animales.

El trabajo en "*La Lujanita*" se divide en dos áreas:

- EQUINOTERAPIA: su fin es la rehabilitación y recreación.
- DOMA INDIA: provee los elementos para aprender a tratar a los caballos y entablar con ellos una verdadera amistad: comunicación, cuidados, limpieza, enfermería, alimentación y junto a todo esto, el aprendizaje de la monta.

Se trabaja en los planos físico, emocional y social.

Cada sesión es planificada en función del alumno: su edad, etapa madurativa en la que se encuentra, intereses, lo cual determinará los objetivos y el plan de acción a llevar adelante.

El lugar cuenta con un equipo de trabajo conformando principalmente por Terapistas Ocupacionales, estudiantes de carreras afines a la actividad y jóvenes interesados en la misma. A su vez se trabaja en constante comunicación con los profesionales a los que concurre cada alumno.

Se resalta que el co-terapeuta principal es el caballo.

En el abordaje mediante Terapias Equestres se interviene en las siguientes áreas:

- Área Física y Neuromuscular.
- Área Sensorial y Propiocepción.
- Área Cognitiva y Educación.
- Área Social y Psicológica.

También se trabaja específicamente con los equinos realizando actividades como: mansedumbre, alimentación, limpieza, entre otras.

Las patologías que se abordan se dividen en:

- Motrices
- T.G.D.

Debido a requerimientos de estas actividades es muy importante tener en cuenta las contraindicaciones. Las mismas son divididas en:

Contraindicación absoluta

- Inestabilidad atlóido-axoidea (frecuente en el síndrome de Down). Al recibir un paciente con este diagnóstico se solicita radiografía específica sobre la misma.

- Síndromes convulsivos/epilépticos no controlados.
- Fragilidad ósea severa (osteogénesis imperfecta).
- Arnold Chiari.
- Médula anclada.

Contraindicaciones relativas (a criterio médico)

Patologías que cursan con inestabilidad vertebral:

- Escoliosis grave, no controlada.
- Espina bífida sin complicaciones.
- Hidrocefalia tratada (DEVEPE).

Patologías osteoarticulares:

- Luxación o subluxación de cadera.
- Coxartrosis severa.

Patologías musculares:

- Miastenia Gravis.
- Distrofia Muscular.

Período agudo de procesos infecciosos/inflamatorios: artritis, fiebre, esclerosis múltiple.

Patologías médico-clínicas: en las cuales el médico a cargo considere desfavorable la actividad: hemofilia, pacientes con problemas cardíacos, pacientes oncológicos.

Objetivos:

- Fomentar una relación de confianza y amistad de cada jinete con su caballo: caricias, alimentación, limpieza, contacto con su medio ambiente.
- Favorecer la relajación: estimulando y acompañando en cada alumno el proceso de contacto con la naturaleza; con el caballo, con el aire puro, con los olores, colores y animales del campo.
- Proveer, según las capacidades de cada alumno, los medios para el aprendizaje de la monta.
- Favorecer la recreación y socialización, según las necesidades de cada jinete, buscando su desarrollo en todos los ámbitos de la persona.
- Proveer los medios para que cada jinete vuelva a su vida cotidiana, después de cada clase o sesión, habiéndose enriquecido a nivel físico, mental, social y espiritual.

Actualmente este Centro permanece sin actividad, por ausencia de su directora, ya que realiza una capacitación profesional fuera de nuestro país.

– **Centro Hipoterapéutico del Suroccidente Colombiano “La Z”:** creado adjunto a la *Escuela de Equitación la Z*, la cual nació hace 20 años.

Este Centro implementa Terapias Asistidas con Caballos y ofrece cobertura a la población en situación de discapacidad del Sur-Occidente Colombiano con los programas de: Hipoterapia, Monta Terapéutica, Equitación Terapéutica y Estimulación Temprana, desde septiembre del 2006.

El equipo interdisciplinario esta formado por: Psicóloga y Terapeuta Ocupacional (*Adriana Soto Ospina*, trabajando desde hace cuatro años).

Está destinado a bebés, niños, adolescentes y adultos con situaciones de discapacidad neurológica, motora, cognitiva, comportamental, sensorial y psicosocial. Algunas de las patologías con las que se trabajan en el centro son: síndrome de Down, autismo, trauma raquímedular, trauma craneoencefálico, depresión, alteraciones del aprendizaje, dificultades emocionales, hiperactividad y retraso mental.

Objetivos:

Brindar servicios de alta calidad en rehabilitación ecuestre a usuarios de diferentes ciclos vitales, para promover su funcionalidad física, psicosocial y cognitiva y su integración psico-social.

– **Corporación Centro Ecuestre Santa Rita (Colombia):** entidad privada sin fines de lucro, dedicada a la rehabilitación funcional de personas en condición de discapacidad por medio de la Equinoterapia.

Dentro de los servicios ofrecen también Terapia Física, Fonoaudiología, Psicología, Musicoterapia, Arte terapia, clases de equitación regulares y el programa de Salud integral para el infante (S.I.P.I.).

El programa S.I.P.I. cuenta dentro del equipo de profesionales con una Terapeuta Ocupacional, *Diana M. Cano*, trabajando desde hace un año; además dentro del mismo se encuentran: un médico, dos fisioterapeutas, dos fonoaudiólogos, una psicóloga, todos formados como equinoterapeutas

Se trabaja con pacientes con discapacidad motora, neurológica o del comportamiento. También personas civiles o militares heridas en combate o por minas antipersonales o heridas por arma de fuego.

Objetivos:

- Fomentar la equinoterapia en todas sus modalidades, hipoterapia pasiva y activa, monta terapéutica y equitación como deporte.
- Brindar la practica de la equitación y adiestramiento.
- Funcionar como centro de práctica para estudiantes universitarios en el área de la salud, educación y preparación física interesados en la equinoterapia y la equitación.
- Realizar encuentros deportivos para la población a nivel regional y nacional.
- Impulsar la equitación a nivel competitivo para representar a Antioquia y Colombia en diferentes eventos.
- Preparar caballos de terapia de alta calidad para uso propio y de otros centros ecuestres del país dedicados a la equinoterapia.
- Rehabilitar caballos lesionados, volviéndolos aptos para la actividad.

- Promover la zooterapia en todas sus variables, teniendo animales bajo todas las normas de higiene, entrenamiento y cuidado.

Misión:

La Corporación Centro Ecuestre Santa Rita tiene como misión prestar servicios de rehabilitación, de manera integral, ética y responsable, a personas con trastornos neurológicos, motores o de comportamiento, a través de la zooterapia, especialmente equinoterapia y caninoterapia, bajo normas de seguridad y calidad, tanto en los animales como en el personal terapéutico.

– **Centro Equinoterapia una Esperanza a Galope** Yucatán, México: asociación civil formada por un grupo profesionales y personas con el deseo de ayudar a niños que tienen algún tipo de discapacidad.

La asociación está formada por los siguientes profesionales: equinoterapeutas, psicólogo, nutricionista y terapeuta ocupacional.

Con el gran apoyo de patrocinadores, de manera gratuita y sin fines de lucro brindan terapias a más de 100 niños de escasos recursos.

Buscan otorgar a los niños una nueva alternativa para el tratamiento de sus discapacidades a través de ejercicios y terapias con caballos, además de contar con el personal profesional capacitado.

Se abordan pacientes con parálisis cerebral, síndrome de Down, autismo, síndrome de Rett, esclerosis múltiple, entre otras.

La Equinoterapia permite obtener los siguientes beneficios:

Físicos:

El jinete mejora su equilibrio vertical y horizontal, regula el tono muscular y adquiere mejor coordinación motriz fina y gruesa, experimenta la disociación

de la cintura pélvica y la cintura escapular, indispensable para la marcha en bipedestación.

Psicológicos:

El jinete siente una sensación de bienestar general, mejora de autoestima y autoconfianza. Desarrolla la constancia y el hecho de montar le transmite mayor seguridad alejando los temores, lo que se transmite a la vida diaria.

Educativos:

Mejora la capacidad de atención y concentración, cualidades indispensables para una preparación educativa.

Sociales:

Esta actividad permite desarrollar el respeto, la responsabilidad, la constancia y el amor hacia los animales. La actitud positiva que el alumno/a ha adquirido sobre sí mismo/a, facilita una mayor integración tanto familiar como social.

Objetivo:

Estimular el proceso de rehabilitación de personas con escasos recursos que sufran de algún tipo de discapacidad, contribuyendo de esta manera a su inserción en la sociedad para que sean individuos capaces de desenvolverse y de valerse por sí mismos dentro de su comunidad.

MARCO TEORICO

Terapia asistida con animales

Terapias Equestres

Entidades Clínicas consideradas en este estudio

Fundamentos conceptuales de la Terapia

Ocupacional

Montar es...

Avanzar sentado...

Descansar la mente...

Escuchar el cuerpo...

¡Viviendo el mundo con un nuevo lente!

(Gross, 2006).

TERAPIA ASISTIDA CON ANIMALES

Historia y antecedentes de las terapias con animales

Históricamente el hombre ha tenido una relación especial con los animales; sin embargo la utilización terapéutica de los mismos se da a principios del siglo XX, donde se descubre que pueden ser beneficiosos para la vida y el bienestar de las personas.

Ya en la antigua Grecia se creía que los perros podían curar enfermedades. Hipócrates, por ejemplo, sostenía que montar a caballo era un remedio eficaz para combatir el insomnio y levantar la autoestima de las personas que tenían enfermedades incurables.

La primera utilización de animales en terapia fue en Inglaterra, en el retiro de York, fundado en 1972 por la "Society of friends". Este fue un momento clave para la zooterapia. En esta época el doctor William Tuke fue pionero en el tratamiento de personas con discapacidad mental sin métodos coercitivos. Él pensó que los animales podían propiciar beneficios en estos enfermos, aprendiendo autocontrol mediante refuerzo positivo. De esta manera comenzó a utilizar animales de granja, como gallinas y conejos en los tratamientos, revolucionando el modelo de atención a las personas con patologías mentales sostenido en aquella época.

En el año 1867, en Alemania, en el centro Bethel y Bielfeld, destinados al tratamiento de personas con epilepsia se comenzaron a incorporar animales de compañía en el cuidado de los pacientes. Actualmente este centro continúa funcionando y sigue incluyendo en las terapias la presencia de perros, gatos y caballos.

Entre los años 1944 y 1945, luego de la Segunda Guerra Mundial, la Cruz Roja desarrolló un programa de rehabilitación para aviadores en el Army

Force Convalescent de Nueva York. En este programa, se utilizaban perros en el tratamiento de secuelas psicológicas, producto de la guerra. Se observó que el contacto con los animales permitía aliviar el proceso terapéutico de recuperación de los soldados que sufrían importantes secuelas físicas y psíquicas.

En 1948, en las cercanías de Nueva York, el doctor Samuel B. Ross fundó el centro "Green Chimneys", el cual funcionaba como una granja para la reeducación de niños y jóvenes con trastornos del comportamiento mediante el trabajo con animales.

En 1953, el psiquiatra norteamericano, Boris Levinson, comenzó a incluir a su perro Jingles como co-terapeuta. Como consecuencia de su experiencia, Levinson escribió en el año 1969 el libro "Psicoterapia infantil asistida por animales", en el que documentaba los conocimientos adquiridos con su perro Jingles.

En 1966 el músico no vidente Erling Stordahl, fundó el centro Beitostolen, en Noruega. Su objetivo era el tratamiento de personas no videntes y con discapacidad física. Los perros y caballos intervinieron para animar a las personas a hacer ejercicios.

Entre las décadas de 1960 y 1970 se comenzó a investigar en el área de terapias con animales. Se descubrió que el contacto con animales reduce la presión arterial, equilibra la frecuencia cardiaca y baja los niveles de ansiedad y estrés de las personas. Posteriormente y continuando con el trabajo de Levinson, Samuel y Elizabeth Corson realizaron un programa para evaluar la viabilidad de la Terapia Asistida por Animales en un entorno hospitalario, obteniendo excelentes resultados.

En el año 1977 se fundó en los Estados Unidos la organización Delta Society, en la cual se desarrollaron investigaciones con el objetivo de fundamentar las causas por las que los animales son importantes en la vida de los seres humanos. En la actualidad ésta organización es la principal fuente de información para los profesionales interesados en Terapias Asistidas con Animales.

En 1987 fue creada en España la Fundación Affinity, creada por Gallina Blanca Purina, con el objetivo de promover el papel de los animales de compañía en la sociedad, para ello, organiza desde 1990 los congresos internacionales “Animales de compañía, fuente de salud”, también campañas antiabandono de animales e implementación de programas de Terapias Asistidas con animales, en colaboración con la Sociedad Española de Psiquiatría.

En el año 2004, la facultad de veterinaria de la UBA inauguró el Centro de Terapia Asistida por Animales con el objetivo de poner a disposición de las instituciones públicas y privadas dedicadas a la rehabilitación de las personas con discapacidad las instalaciones adecuadas, el personal profesional capacitado y los animales apropiadamente entrenados para esta disciplina psicofisioterapéutica.

De esta manera, vemos como a lo largo de la historia la implementación de animales como recurso terapéutico se fue enriqueciendo y ampliando a través de la investigación científica.

Actividades y Terapias Asistidas con Animales

La Delta Society hace una distinción entre dos grandes tipos de actividades con animales: las Actividades Asistidas por Animales y las Terapias Asistidas por Animales.

Las Actividades Asistidas con Animales (A.A.A.) proveen oportunidades para lograr beneficios motivacionales, educacionales, de recreación y/o terapéuticos para mejorar la calidad de vida de las personas. Pueden ser desarrolladas en una variedad de ambientes y llevadas a cabo por profesionales especializados y/o voluntarios en colaboración con animales que reúnen criterios específicos.

Las **características** de este tipo de actividades son:

- No se plantean objetivos específicos de tratamiento; los voluntarios o personas encargadas de las visitas no tienen la obligación de tomar notas ni de registrar resultados.
- El contenido del encuentro es espontáneo y tendrá la duración que la propia dinámica de la visita genere.
- La interacción entre animales y personas se produce en un marco informal y desestructurado, donde el fin perseguido es principalmente, generar un momento agradable tanto para la persona como para el animal.

La Terapia Asistida con Animales (T.A.C.A.) es una intervención directa y con objetivos prediseñados, donde participa un animal que reúne criterios específicos, como parte indispensable para el tratamiento. Ha sido ideada para propiciar beneficios físicos, sociales, emocionales y cognitivos en una gran

variedad de entornos, de manera individual o en grupo, valiéndose para ello de diferentes animales. Todo el proceso ha de haber sido previamente diseñado y posteriormente evaluado.

La *Terapia Asistida con Animales* tiene su explicación fisiológica en el sistema nervioso central y específicamente en el sistema límbico del cerebro, encargado de regular el componente emocional de la conducta. El contacto con elementos de la naturaleza induce a la liberación de endorfinas, generando sensaciones de tranquilidad que distienden y gratifican nuestros procesos mentales. Pero los mejores resultados se obtienen de aquellos seres que interaccionan directamente con el hombre, es el caso de los animales.

El rango de edades y patologías que pueden beneficiarse del contacto con animales es muy amplio. Pueden ser abordados pacientes en hospitales, hogares, centros de salud mental, cárceles, escuelas, mediante la interacción con perros, gatos, caballos, delfines o animales de granja.

Los pacientes pueden experimentar un efecto relajante, mejoras en el humor, aumento de su autoestima, bienestar psicológico y una mayor integración en la comunidad al interactuar con animales.

Los **objetivos** de la *Terapia Asistida con Animales* son:

Físicos:

- Obtener un mayor dominio corporal.
- Mejorar la coordinación dinámica general.
- Facilitar el equilibrio estático y dinámico en posición bípeda.
- Mejorar el conocimiento de las nociones espaciales.

Psíquicos:

- Incrementar la capacidad de atención y concentración en una tarea.
- Ofrecer momentos de esparcimiento y recreación.
- Mejorar la autoestima.
- Lograr una mayor autonomía.
- Mejorar la comunicación verbal y no verbal.

Sociales:

- Favorecer el deseo de comprometerse en una actividad grupal.
- Mejorar la interacción con otras personas.
- Mejorar la interacción con el equipo de profesionales.
- Desarrollar la conciencia sobre el otro.
- Crear conciencia sobre el sentido de responsabilidad a través del cuidado constante de una mascota.

Emocionales:

- Facilitar la expresión y el control de los sentimientos.
- Favorecer la empatía: percibir y entender los sentimientos de una persona e identificarse con ellos.

Contraindicaciones de las T.A.C.A.:

- Rivalidad o competencia entre los miembros de un grupo producto de la presencia de animales.
- Reacción de posesión por parte de un paciente hacia el animal.

- Transmisión de enfermedades entre los humanos y las mascotas.
- Problemas alérgicos o reacciones de las personas hacia el animal.
- Temor o desconfianza hacia determinado tipo de animales.

Principales modalidades de T.A.C.A.:

Terapia con perros y gatos.

Terapia con delfines: Delfinoterapia

Terapia con caballos: Terapias Ecuestres.

Terapia con perros:

Desde el punto de vista psicológico, los perros adoptan una actitud afectiva y de gran apego hacia el ser humano, además de que pueden ser excelentes guías. Son lúdicos, afectivos y juguetones. Acariciar a un perro regula los valores de tensión arterial, frecuencia de respiración y latidos cardíacos, fomenta la amistad entre los dueños y la responsabilidad de su cuidado en los pacientes.

Una de las patologías más comúnmente abordadas en las T.A.C.A. es el Autismo, en este caso la tarea del perro es estimular al paciente a través del juego, dándole lengüetazos en la cara, usando juguetes sonoros, entre otros. Su meta es romper el ensimismamiento característico de esta patología.

En niños con trastornos de aprendizaje o conducta, el perro ayuda a madurar el concepto de grupo, contribuye al desarrollo de sus habilidades sociales y del sentido de responsabilidad, dado que el niño no sólo juega con la mascota sino que, mientras dure la sesión, es responsable de su cuidado.

Una de las formas de elección de un cachorro es el *Test de Campbell*. Con esta prueba se mide una serie de factores como la atracción social hacia el ser humano, el seguimiento al amo, la dominación social del hombre, la dignidad, la sensibilidad sonora y visual.

Terapia con delfines: Delfinoterapia

La terapia con delfines busca lograr el bienestar en el paciente a través del contacto con estos cetáceos. Este tratamiento es recomendable para pacientes con problemas musculares y neurológicos.

El inicio de la utilización terapéutica de los delfines fue en 1950, cuando John Lilly descubrió que estos cetáceos pueden ejercer una beneficiosa influencia en la mente humana.

Mediante diversas investigaciones se descubrió que los delfines mantienen permanentemente un estado mental de baja frecuencia, denominado "nivel alfa" y tienen la capacidad de transmitir ese estado a las personas. Luego del contacto con los delfines se ha observado una mejor sincronización entre los hemisferios cerebrales, además de mayor grado de ondas cerebrales lentas en el espectro de alfa y beta; situación que activa el sistema inmunitario y autorregula los procesos corporales.

Desde el punto de vista psicológico, ellos transmiten sus sonidos de ondas alfa a través de su ecolocalización, es decir, mediante el recurso con que la naturaleza les ha provisto para capturar presas y reconocer su entorno. De ese sonar se emiten sonidos que influyen directamente en el sistema nervioso.

Algunas actividades que se realizan con el delfín, como una forma de incentivo a participar e interactuar con él, son: preparación de la comida, alimentación.

El propósito general de una Delfinoterapia es motivacional, aunque se pueden lograr otros objetivos relacionados con el lenguaje, la motricidad y el pensamiento conceptual.

Las patologías frecuentemente abordadas en esta terapia son: Autismo, Encefalopatía Crónica no Evolutiva, cáncer, depresión, síndrome de Down, problemas atencionales, síndrome de Rett, problemas de audición o visión, lesiones en la medula espinal, entre otras.

Terapia con caballos: Terapias Equestres

En este tipo de terapias el caballo es el instrumento terapéutico, pero no solamente se utilizan los beneficios de este animal, sino que todos los elementos de la naturaleza complementan el abordaje, denominando a este tipo de terapia: Terapias Equestres.

Tres áreas conforman estas terapias:

- Hipoterapia.
- Monta terapéutica.
- Equitación adaptada.

Mediante este tipo de terapias se tratan problemas físicos, psíquicos, sensoriales, sociales, comportamentales y de aprendizaje.

Participación del Terapeuta Ocupacional **en Terapia Asistida con Animales**

El Terapeuta Ocupacional desde su práctica profesional puede utilizar animales, formándose previamente, como una herramienta terapéutica. El T.O. es el encargado de seleccionar, graduar y adaptar las actividades a cada persona o grupo. El T.O. planifica la forma y el contenido de las sesiones para que cada paciente logre obtener el máximo provecho de las mismas, teniendo en cuenta siempre la participación activa del animal, ya sean perros, gatos, delfines, caballos o animales de granja; y las necesidades terapéuticas de cada paciente.

Es importante la función del T.O, desde el diseño del programa de intervención, en estrecha colaboración con el resto de los profesionales, hasta la aplicación de las sesiones.

La intervención del T.O. en T.A.C.A está dirigida a aumentar la calidad de vida de las personas, mediante la interacción animal-paciente. El T.O. guía dicha interacción y evalúa todo el proceso.

La intervención del T.O. esta dirigida a:

- Plantear metas y objetivos específicos junto con los demás miembros del equipo.
- Diseñar un plan de tratamiento con el objetivo de promover mejoras en el funcionamiento físico, social, emocional y /o cognitivo del paciente.
- Realizar una evaluación y seguimiento del logro de los objetivos.

La implementación de las T.A.C.A debe realizarse por un equipo interdisciplinario: profesionales de la salud, veterinarios, guías, entrenadores, con una comunicación fluida y colaboración mutua.

La participación de animales adecuadamente dirigida aporta al tratamiento:

Motivación: son un elemento novedoso, divertido, dinamizador.

Implicación e iniciativa: los pacientes tienden a implicarse más en estas actividades ya que las realizan con agrado, desean interactuar con el animal, incluso realizan movimientos, expresiones por propia iniciativa o respondiendo de forma espontánea a las demandas del animal.

Atención, concentración y estimulación: la presencia de un animal generalmente centra y mantiene toda la atención de los pacientes. Lo mismo ocurre con la concentración. El animal supone una inagotable fuente de estimulación multisensorial en su interacción con los humanos (su movimiento, su contacto físico, los ruidos que realizan, etc.)

El Terapeuta Ocupacional debe seleccionar un animal apropiado, prepararlo para esta función y contar con los conocimientos necesarios para que su utilización en la terapia sea lo más positiva y provechosa posible para cada persona que lo requiera.

El T.O. es un profesional de la salud capacitado para utilizar al animal como medio terapéutico. El abordaje de T.O. en T.A.C.A. permite intervenir en las diferentes áreas y componentes del desempeño. Estas terapias pueden ser implementadas en las distintas etapas de la vida y en gran variedad de patologías produciendo beneficios físicos, psíquicos, sociales, educativos y mejorando la calidad de vida.

De la revisión bibliográfica y la consulta a profesionales que se desempeñan en el área, se pudo conocer que la literatura con respecto a este

tema es escasa. Existen pocos estudios investigando la Terapia Asistida por Animales desde la perspectiva de la Terapia Ocupacional.

TERAPIAS ECUESTRES

Definición de Terapias Ecuestres

La siguiente definición está basada en conceptos de la Asociación Nacional de Equinoterapia (A.N.D.E.- Brasil) y reformulada por la Fundación Argentina Científica Establo Terapéutico (F.A.C.E.T.).

Las Terapias Ecuestres son un método terapéutico y educacional, que tiene al caballo como mediador / facilitador terapéutico, y su ambiente como medio dentro del abordaje interdisciplinario.

Utilizan las actividades orientadas con caballos con el propósito de contribuir positivamente al desarrollo cognitivo, físico, emocional, social y ocupacional de las personas que sufren algún tipo de discapacidad o necesidad especial.

Estas terapias consisten en aprovechar los movimientos tridimensionales del caballo (arriba, abajo, adelante, atrás y hacia los lados, semejante al de la persona al caminar) para estimular los músculos y articulaciones. Se concibe al caballo como herramienta de trabajo y como elemento integrador, rehabilitador y reeducador; buscando mejorar la calidad de vida mediante el desarrollo bio-psico-social de las personas. Se puede considerar una terapia integral y complementaria a los demás tratamientos, ya que ofrece beneficios fisioterapéuticos y psicoterapéuticos.

En el *Congreso Internacional de la Monta Terapéutica*, realizado en 1988 en Toronto, Canadá, se decidió la división de la Equinoterapia en tres áreas, cada una está dirigida a diferentes tipos de discapacidad y se utilizan estrategias terapéuticas distintas. La **Equinoterapia** engloba a las tres áreas estando relacionada con la Medicina, Terapia Ocupacional, Kinesiología, Psicología, Pedagogía y el Deporte.

- Hipoterapia: dentro de esta área se puede diferenciar la *hipoterapia pasiva*, donde el paciente sin acción alguna de su parte se adapta pasivamente al movimiento del caballo y los masajes o ejercicios son auxiliados por el terapeuta. Aquí no se utiliza la silla de montar o montura, ya que el objetivo es que aproveche el calor corporal, los impulsos rítmicos y el patrón de locomoción tridimensional del equino. Se realiza una monta asistida o back-riding, una técnica donde el terapeuta, arriba del caballo, se coloca detrás del paciente con el propósito de alinear, dar apoyo y de esta manera corregir posturas inadecuadas durante la monta.

En la *hipoterapia activa*, si bien el paciente aun no conduce solo al caballo, se agregan a la adaptación pasiva ejercicios neuromusculares para estimular la normalización del tono, la coordinación psicomotriz y la simetría corporal.

En la hipoterapia por lo general se trabaja de manera individual y las sesiones son de aproximadamente 30 minutos.

- Monta terapéutica y volting: se emplea como terapia en donde el paciente maneja al caballo, en ella se unen el objetivo terapéutico a la enseñanza específica de la equitación como deporte, además se combinan ejercicios neuromusculares con actividades gimnásticas arriba del caballo (volting). La realizan pacientes que tienen un mayor control motor y cuyas necesidades con respecto a la terapia son más de tipo psíquico y emocional que físicas o neurológicas. Se utiliza la montura o silla de montar con estribos (estos son piezas que cuelgan a cada lado de la silla de montar y donde se coloca el pie).

Las sesiones pueden realizarse en forma grupal y tienen una duración de aproximadamente 45 minutos.

- Equitación como deporte para discapacitados: el avance terapéutico permitirá que el paciente pase de la hipoterapia a la monta terapéutica y practicar la equitación como futuro deporte.

Podemos diferenciar entonces entre:

> Equitación Terapéutica: definida como una intervención pedagógica y psicológica utilizando las herramientas que el caballo nos aporta, como el contacto, el movimiento, el calor corporal y el entorno. El paciente puede llevar mando y control del caballo y se pueden trabajar diferentes áreas de la persona: psicomotriz, cognitiva y socio-afectiva.

> Equitación Adaptada: enseñanza de la equitación tradicional orientada al deporte o al ocio, con las adaptaciones que se requiera de acuerdo al grado de funcionalidad de la persona. El objetivo principal es desarrollar al máximo las habilidades de la misma en el manejo del caballo buscando la integración.

A nivel internacional la *Federación Ecuestre Internacional* (F.E.I.) adoptó al deporte Paraecuestre como su 8ª disciplina. Los jinetes que compiten son valorados por médicos o fisioterapeutas de acuerdo a sus habilidades (movilidad, fuerza, coordinación), así se establece su categoría y perfil. Se clasifican en 4 categorías y compiten en la disciplina de adiestramiento y atalajes. Estos jinetes presentan deficiencias físicas.

En las *Olimpiadas Especiales* compiten personas con deficiencias intelectuales en pruebas de adiestramiento, circuitos de trabajo, etc.

Historia de la Equinoterapia/ Terapias Ecuestres

Esta terapia, se emplea de forma sistemática desde los años 50-60, aunque sus ventajas se conocen desde tiempos muy antiguos.

El valor de la equitación en las enfermedades era conocido por los griegos desde el siglo V a.c.

En la medicina de los siglos XVI, XVII y XVIII se recomendaba el ejercicio de montar como método curativo, especialmente como medida preventiva. En el siglo XIX, con el inicio de la Revolución Industrial, la Equinoterapia perdió importancia como medida terapéutica al centrarse en el área militar y deportiva. Olive Sands, fisioterapeuta, solía llevar sus caballos a un hospital en las afueras de Oxford, para que montaran soldados discapacitados, que combatieron en la guerra de 1914-1918.

La Equinoterapia surgió luego de la Segunda Guerra Mundial, en Escandinavia y Alemania, donde se empezó a trabajar con personas con parálisis cerebral.

El uso del caballo con fines terapéuticos se remonta a la antigüedad. Hipócrates (458-377 AC), en su libro "Las dietas", aconsejaba la equitación para preservar el cuerpo humano de muchas dolencias, en personas que padecían alguna enfermedad y en el tratamiento del insomnio. Además de eso afirmaba que " La equitación practicada al aire libre hace que los músculos mejoren su tono".

Asclepiades de Prusia (124-40 AC), también recomendaba el movimiento del caballo a pacientes gotosos, epilépticos, paralíticos, apopléticos, letárgicos y frenéticos.

Galeno (130 AC; 199DC), recomendaba la practica de la equitación para desempeñarse con mayor rapidez.

Merkurialis (1569), menciona una observación hecha por Galeno: "La equitación no solo ejercita el cuerpo, sino también los sentidos". Sostenía que practicando este deporte disminuían los episodios de hipocondría y de histeria.

Charles Castel (1734), creador de la cadena vibratoria y *Samuel Quelmalz* (1697-1758), son los primeros en investigar los movimientos tridimensionales del dorso del caballo. Quelmalz, médico de Alemania, inventó en 1747, una máquina ecuestre demostrando como el problema del movimiento y los ejercicios físicos eran encarados por los médicos de la época. Esta máquina, era una especie de grúa que imitaba de la mejor manera posible los efectos inducidos por el movimiento ecuestre. En su obra "La salud a través de la equitación", encontramos por primera vez una referencia al movimiento tridimensional del dorso del caballo.

Gustavo Zander (fisiatra sueco), fue el primero en afirmar que las vibraciones transmitidas al cerebro de 180 oscilaciones por minuto, estimulan el sistema nervioso simpático. Comprobó esto sin asociarlo al caballo. Casi cien años después el médico *Rider* (suizo), midió estas vibraciones sobre el dorso del caballo al paso y las correspondió a los valores que Zander había recomendado.

El Hospital Universitario de Oxford (1917) fundó el primer grupo de Equinoterapia, para atender el gran número de heridos de la Primer Guerra Mundial, también con la idea fundamental de cambiar la monotonía del tratamiento.

Liz Hartel (Dinamarca) a los 16 años enfermó de poliomielitis, solo pudo trasladarse por mucho tiempo usando una silla de ruedas y más tarde con muletas. Ella practicaba equitación antes y pese a su enfermedad continuó practicándola. Compitió en las olimpiadas de 1952 y en 1956 en Melbourne. Fue premiada con la medalla de plata en adiestramiento, compitiendo con los mejores jinetes del mundo.

Este hecho despertó en los médicos un interés por el programa de actividades ecuestres como medio terapéutico, tanto que en 1954 aparecía en Noruega el primer equipo interdisciplinario formado por una fisioterapeuta, psicólogo e instructor de equitación. En 1956 fue creada la primera estructura asociativa en Inglaterra.

En Francia, La Reeducción Ecuestre nació en 1965 como mencionan *De Lubersac y La Llieri* en la introducción a su manual titulado "La Reeducción a través de la Equitación" (1973), si bien en 1963 ésta ya fue utilizada empíricamente por *Killilea* en su libro "A Karen con amor". En 1965 la Equinoterapia se torna una materia didáctica, en 1969 tiene lugar el primer trabajo científico de Equinoterapia en el Centro Hospitalario de la Universidad de Salpentire en París, en 1972 fue hecha la defensa de la primera tesis del doctorado en medicina sobre Reeducción Ecuestre en la Universidad de París, en Val-de-Marne.

El primer congreso de Equinoterapia a nivel internacional se realizó en París en 1974. Desde esa fecha hasta hoy se han efectuado congresos cada 3 años.

Desde 1953 el doctor *Max Reichnbach* elaboró los primeros estudios científicos acerca de la Equinoterapia con numerosos pacientes en su clínica. A

partir de ese momento la investigación científica ha sido el motor para el desarrollo y la difusión de la Equinoterapia en todo el mundo.

En el año 1980 en Milán, Italia se crea la **Federación Internacional de Equinoterapia** (Federation Riding for the Disabled International, F.R.D.I.), cuya sede se encuentra en Bélgica.

La Equinoterapia como disciplina se difundió en Inglaterra, Estados Unidos y Canadá, en donde cobró auge en las décadas de los años sesenta y setenta.

En 1969 se crea en Estados Unidos la N.A.R.H.A. (North American Riding for the Disabled Association) que acredita cerca de 1.000 centros y a través de sus programas atiende a 35.000 personas.

Actualmente el término Equinoterapia tiende a ser remplazado por el de Terapias Ecuestres, debido a que éste termino engloba todas las actividades y posibilidades que brinda el mundo ecuestre, sin poner el acento exclusivamente en la monta.

Principios terapéuticos de las Terapias Ecuestres

Los tres principios terapéuticos en los que se basan las Terapias Ecuestres, que actúan en todo momento sobre el jinete sea una persona discapacitada o no, son:

1. La transmisión del calor corporal del caballo al cuerpo del jinete:

El calor corporal del caballo es de 38° C, por lo tanto tiene una temperatura más elevada que la del cuerpo humano. Se puede aprovechar como instrumento calorífico para relajar la musculatura, los ligamentos y estimular la sensopercepción táctil.

En la hipoterapia, como el paciente se encuentra sin montura y a veces en contacto directo con el cuerpo del caballo (monta a pelo), el calor se transmite del lomo del caballo a la cintura pélvica y miembros inferiores del jinete. La temperatura corporal del equino puede subir hasta 38.8° C durante el movimiento, lo que favorece la relajación de los aductores, músculos del muslo y glúteos, adquiriendo mayor flexibilidad y elasticidad. Este efecto llega a durar hasta seis horas después de la sesión terapéutica.

De acuerdo a la posición adoptada por el paciente el calor es transmitido hacia distintas zonas del cuerpo, si el niño flexiona el tronco y abraza al caballo, la relajación se extiende a los miembros superiores, el abdomen y los pectorales. Al colocarse en posición supina sobre el caballo, los músculos dorsales y lumbares reciben los beneficios del calor que se transmite desde el lomo del caballo. "Al acostarse atravesado en posición decúbito prona se transmite el calor a los músculos abdominales, lo cual estimula además el peristaltismo de los intestinos."³

Este calor, propio del caballo, es transmitido por medio de estímulos táctiles. El mayor flujo sanguíneo estimula el sistema circulatorio beneficiando la fisiología de los órganos internos. El calor del equino y la estimulación vestibular brindada por el movimiento, generan sentimientos de seguridad y autoconfianza en aquellos pacientes que presentan disfunciones psicopatológicas.

³ Gross Naschert E., "Equinoterapia: la rehabilitación por medio del caballo". México D.F. Editorial Trillas, 2000 p. 22

2. La transmisión de impulsos rítmicos del lomo del caballo al cuerpo del jinete:

Los impulsos que trasmite el equino al cuerpo del paciente al andar al paso son entre 90 y 110 por minuto, estos aumentan en el trote y el galope, propagándose a través de la columna vertebral hasta la cabeza.

Un propósito de las Terapias Ecuestres consiste en proporcionar estímulos fisiológicos rítmicos para regularizar el tono muscular, provocando una relajación en los aductores y ligamentos pélvicos en los pacientes con hipertonía muscular.

Además produce beneficios en el sistema digestivo en personas que no han adquirido la locomoción, ya que el movimiento intestinal se estimula por el movimiento pélvico, estos impulsos se propagan hacia el intestino mejorando el funcionamiento de dicho sistema. Asimismo favorece al sistema respiratorio, ya que al erguirse el tronco se libera el diafragma, por lo que la respiración se hace más profunda y se regulariza su ritmo.

“...Por medio de impulsos fisiológicos emitidos desde el tejido muscular y óseo, es posible activar y poner a disposición nuevas áreas neuronales, en las que se programan nuevos patrones de locomoción para compensar áreas neuronales dañadas (plasticidad cerebral)”.⁴

El caballo mueve al jinete, no solo su cuerpo sino todo su ser psíquico. La sensación de impulso hacia delante y de avance restablecen la confianza en el propio yo.

⁴ Ibid. p.24

Los tres aires del caballo (paso, trote y galope) con su diferente ritmo se aprovechan para inducir estados psíquicos distintos, ya sea de relajación o de animación.

3. La transmisión de un patrón de locomoción equivalente al patrón fisiológico de la marcha humana:

El propósito del tercer principio es que a través de la actividad arriba del equino se grabe el patrón fisiológico de la marcha, incorporado desde una posición sedente, ya que el patrón de marcha del caballo es muy parecido al del ser humano.

El cerebro no solo registra movimientos aislados sino toda una gama de patrones motores, con el tiempo este patrón se automatiza brindando mayor flexibilidad y elasticidad a los diferentes músculos y ligamentos, propiciando un balance dinámico del tronco y de la cabeza hacia su estabilización, todo ello facilita su transferencia a la marcha pedestre.

El paciente se ve obligado a reaccionar frente a los estímulos que produce el caminar rítmico del caballo; esta reacción es muscular y sensorial.

Cuando el caballo se mueve hacia delante, la pelvis del paciente se levanta hacia el mismo lado que la pata trasera del caballo que queda quieta. Este movimiento alternativo que sube y baja para cada lado la pelvis del jinete, es equivalente al movimiento que recibe la pelvis de un caminante humano. El paciente también experimenta la flexión y extensión de la cadera mientras cabalga.

Los caballos tienen tres principales tipos de aires o andares: *el paso, el trote y el galope.*

El *paso* es un aire de cuatro tiempos, es decir, que el caballo desplaza una pata a la vez, es el aire más tranquilo y de menor dificultad para el jinete, en este aire se alcanza una velocidad media de 6 km. /h. El paso estimula la espalda, la cadera y las extremidades, así como inicia la activación de los músculos del jinete y del caballo.

El *trote* es un aire de dos tiempos, el caballo mueve dos patas a la vez en diagonales, este aire es un poco más complejo por ser un movimiento saltado, en él se alcanza una velocidad media de 10 km. /h.

Hay dos formas de montar al trote: el trote sentado, en el cual, mientras el caballo va trotando, el jinete mantiene las posaderas en el asiento, y debe seguir el movimiento del caballo con la cadera; y el trote levantado: mientras el caballo trotea, el jinete se va levantando al mismo tiempo que él, en un momento en que el animal le impulsa hacia arriba.

El *galope* es el aire más veloz, y este se realiza en tres tiempos más una pausa.

Las características de cada paciente harán que se seleccione uno u otro caballo, dependiendo de las necesidades de la persona. Por ejemplo: si el efecto que queremos conseguir es aumentar el tono, entonces el caballo será más bien de patas cortas y se realizará un trote corto y suave trabajando en back-riding, en donde el terapeuta mismo cuidará su propia alineación y la del paciente.

Según Edith Gross el correcto asiento de montar es condición básica de las Terapias Equestres. El asiento de montar es un asiento dinámico, lo que significa que el paciente se corrige constantemente para mantener su centro de gravedad en coincidencia con el centro de gravedad del caballo. Estar en

armonía con el caballo significa que el centro de gravedad de ambos coincide en todo momento. Cualquier movimiento del animal, sea un movimiento hacia delante o hacia los lados, cambia el centro de gravedad del paciente ligeramente, por lo que éste ejecuta constantes reacciones sutiles de equilibrio para coincidir con aquel.

Es de suma importancia alinear constantemente el tronco y la cabeza del paciente, ya sea trabajando en back-riding o desde el piso.

Entidades clínicas posibles de abordaje en Terapias Ecuestres

Las Terapias Ecuestres se recomiendan en los siguientes cuadros clínicos:

- Encefalopatía Crónica no Evolutiva (espástica, coreoatetósica, atáxica, hipotónica).
- Trastorno Generalizado del Desarrollo (T.G.D.): incluye trastorno autista, trastorno de Rett, trastorno desintegrativo infantil, trastorno de Asperger y trastorno generalizado del desarrollo no especificado.
- Retraso mental: síndrome de Down.
- Trastornos ortopédicos: Escoliosis (menor a 40°).
- Trastornos de déficit atencional.
- Discapacidad sensorial (visual, auditiva, etc)
- Espina bífida.
- Distrofia muscular.
- Esclerosis múltiple.
- Psicosis: Esquizofrenia.
- Trastornos por abuso de sustancias.

- Trastornos de integración sensorial (de modulación y de discriminación).
- Dificultades de aprendizaje.
- Epilepsia.
- Trastornos de personalidad.

Contraindicaciones/precauciones

En general las Terapias Ecuéstras están contraindicadas en aquellos casos donde no se deba movilizar y donde existan procesos inflamatorios. Siempre se debe tener en cuenta la relación riesgos/beneficios, en la cual si los primeros superan a los segundos, está contraindicada esta práctica. Existen una serie de precauciones y contraindicaciones: ortopédicas, neurológicas, psicológicas y médicas. Por lo tanto es muy importante que el médico tratante nos envíe la historia clínica del paciente y ante cualquier duda sobre un caso en particular no se lleve a cabo la actividad hasta informarse si puede o no realizarse. Entre ellas destacamos:

- **Subluxación Atlanto-Axial:** es una alteración en la alineación de la primera y segunda vértebras cervicales, generalmente secundaria a hipotonía o laxitud aumentada de los ligamentos, que es relativamente común en el síndrome de Down. Esta es una condición que potencialmente amenaza la vida o puede llevar a una parálisis.

Se deben practicar radiografías de la columna cervical para descartar esta alteración, las cuales por la maduración del sistema óseo no son confiables hasta los 30 o 36 meses de edad y por lo tanto los niños con síndrome de Down no deben ingresar a las Terapias Ecuéstras antes de los tres años.

Si se documenta el defecto está absolutamente contraindicada.

- **Subluxación y Luxación de Cadera:** en la subluxación el acetábulo no recubre completamente la cabeza femoral y la articulación se hace inestable; en la luxación se ha perdido completamente la relación articular. Ambas alteran la movilidad y pueden ser uni o bilaterales.

Se debe lograr una alineación adecuada de la cadera y la pelvis. Si existe dolor, un inadecuado rango de movimiento, pobre alineación de la columna, la pelvis o las extremidades inferiores, la actividad está contraindicada.

- **Curvaturas Espinales:** la acentuación de las curvaturas normales de la columna puede llevar a dolor o alteración de la función; se debe conocer su grado y localización. Estas se dividen en: escoliosis, cifosis y lordosis.

La actividad esta contraindicada si produce dolor, no hay suficiente movilidad de la columna para acomodarse al movimiento del caballo o la curva progresa con el tiempo. La escoliosis mayor de 40° en general está contraindicada.

Beneficios terapéuticos

- ◆ Normalizar el tono muscular.
- ◆ Inhibir reflejos tónicos y movimientos asociados.
- ◆ Grabar y automatizar el patrón de locomoción.
- ◆ Relajar músculos y ligamentos de la cintura pélvica.
- ◆ Movilizar las articulaciones pélvicas y de la columna vertebral.
- ◆ Fortalecer la musculatura dorsal y abdominal.
- ◆ Estabilizar tronco y cabeza.
- ◆ Favorecer la simetría corporal.

- ◆ Favorecer el desarrollo de la lateralidad.
- ◆ Favorecer la coordinación dinámica general.
- ◆ Favorecer el equilibrio.
- ◆ Estimular el peristaltismo intestinal.
- ◆ Estimular el sistema circulatorio.
- ◆ Favorecer las funciones respiratorias.
- ◆ Mejorar la autoestima.
- ◆ Crear hábitos y rutinas.
- ◆ Mejorar la autoconfianza.
- ◆ Mejorar habilidades cognitivas: atención, concentración, memoria.

Rehabilitación ecuestre: “Método Daniele”

En la rehabilitación ecuestre puede utilizarse el **Método “Daniele”** creado por la Dra. Daniele Nicolas Citterio, en la década de los '80, quien plantea que se trata de una rehabilitación global y analítica al mismo tiempo que implica la integración de un nuevo esquema corpóreo:

- Toma de conciencia del déficit.
- Adaptación al déficit.
- Reaprendizaje total del movimiento para compensar el déficit.

Este método se basa sobre la *hipótesis del comportamiento*, entendido como comportamiento motor impreso en el ritmo y en el comando que Petó llama “pedagogía del movimiento” y Le Bouch “Ciencia del movimiento”. Teniendo en cuenta la hipótesis de una cierta plasticidad neuronal, la terapia a través del lomo del caballo se podrá considerar eficaz, si como todas las hipótesis neuroevolucionistas se apoya en tres componentes:

- La enunciación de las características del desarrollo filogenético y ontogenético del individuo normal.
- La enunciación de los efectos producidos por el daño neurológico.
- La enunciación de la praxia reparadora, que se propone para corregir y enmendar el daño biológico o de contenerlo y compensarlo funcionalmente.

Sobre la base de estos conceptos la *terapia a través del lomo del caballo* se podrá proponer como un serio proceso de adquisición o readquisición de esquemas motores o mentales, en el cual el individuo llegará a ser protagonista del momento rehabilitativo, motivado por la relación con otro ser viviente.

Se puede afirmar que el punto cardinal de esta actividad consiste en brindarle al sujeto una información correcta en el campo propioceptivo.

Los factores positivos son:

- El caballo es rico en información: cuerpo, ritmo y movimiento.
- La equitación es rica en estímulos para la adquisición del conocimiento.
- Esta actividad estimula nociones de: espacio-tiempo y dimensión.

La técnica está articulada en dos momentos: el primero corresponde a la evolución neuromotora, el segundo a la organización espacio-temporal.

Este método define la hipoterapia como una interacción global "somato - cinética" y "psico - cinética", donde el movimiento del caballo al paso tiene una influencia sobre el cuerpo del sujeto y sobre la psiquis, esto permite al individuo alcanzar el desempeño para definir esta actividad "ciencia del movimiento" según Le Bouch. El movimiento sería entonces, el momento fundamental de la asistencia rehabilitativa.

Los tres principios teóricos de la motricidad del Método Daniele son:

- 1- El tono de fondo, el cual es fundamental en la evolución.
- 2- La melodía cinética, que permite coordinar en el tiempo y en el espacio una secuencia gestual.
- 3- El automatismo del gesto, como momento de conclusión y síntesis de las precedentes adquisiciones.

La creación de la imagen mental del cuerpo se obtiene relacionando la imagen visual del cuerpo con la información motora correspondiente. Esto constituye el objeto del ejercicio para la toma de conciencia del cuerpo a través de los siguientes puntos:

- Toma de conciencia del punto de apoyo relativo al contacto del cuerpo del sujeto con el caballo, en las diversas posturas la persona es estimulada a través del paso del caballo.
- Toma de conciencia del estado de actividad muscular, control tónico y relajación que se producen con el movimiento rítmico del caballo a través de tres componentes: movimiento rectilíneo, en serpentina y sobre el círculo.
- Toma de conciencia del movimiento segmentario y del juego articular siempre a través del movimiento del caballo.

Objetivos de las lesiones del Sistema Nervioso Central (SNC).

- Regular el tono muscular.
- Lograr una postura útil, rompiendo esquemas patológicos.
- Obtener automatismos de control postural y del movimiento, pasando primero a través de una toma de conciencia del propio cuerpo.

- Mejorar la integración de las percepciones propioceptivas y táctiles.
- Facilitar la estructuración de las relaciones espaciales y secuencias temporales de las acciones.

Objetivos de las Lesiones Nerviosas Periféricas y de Médula Espinal.

- Regular el trofismo y tono muscular.
- Mejorar la ejecución de los movimientos y la coordinación.
- Estabilizar las posiciones.
- Llegar a una correcta integración del esquema corporal a través de una mejor elaboración de las aferencias propioceptivas y táctiles.

Sobre la montura del caballo el jinete es incitado a realizar movimientos activos y rítmicos, la frecuencia del paso de un caballo mediano es similar a la de la marcha humana. Esto permite realizar movimientos del tronco y la pelvis, estimular reacciones de equilibrio y enderezamiento, a fin de perfeccionarlos para la vida cotidiana.

El paciente se vuelve un sujeto activo capaz de guiar a su caballo en relación al espacio y el tiempo, pasando por una fase de exploración cognoscitiva, sensorial a una fase de especulación a nivel simbólico, donde la discriminación espacial le permitirá la organización del espacio geométrico: trasladarse, rotar, cambiar de dirección (lateralidad) para poder describir la figura geométrica del manejo: rectángulo, vuelta, media vuelta, serpentina, integrando la competencia de tipo especulativo a nivel representativo simbólico.

No podemos olvidar tres puntos fundamentales en el tratamiento rehabilitativo del paciente:

- El aspecto terapéutico, es decir, el tratamiento activo que permite al paciente el control de su pensamiento y de sus actos.
- El aspecto reeducativo introduciendo en la relación terapéutica la realidad del mundo exterior propia de cada individuo.
- El aspecto rehabilitativo, es decir, el aspecto social por excelencia con actividad pre-deportiva y pre-laboral que permite introducir o reintroducir al sujeto en su tejido social de origen, en la sociedad de pertenencia y en las instituciones dispuestas a recibirlo.

ENTIDADES CLINICAS
CONSIDERADAS EN ESTE ESTUDIO

❖ **Encefalopatía crónica no evolutiva (ECNE)**

“La parálisis cerebral se define como un “trastorno del movimiento y de la postura debido a un defecto o lesión del cerebro inmaduro” (Bax, 1964). La lesión cerebral no es progresiva y causa un deterioro variable de la coordinación de la acción muscular, con la resultante incapacidad del niño para mantener posturas normales y realizar movimientos normales.”⁵

E.C.N.E. es el término actualmente utilizado para describir a pacientes que sufren estos trastornos.

Esta alteración del movimiento y la postura que resulta por un daño o lesión no progresiva y permanente, afecta al sistema nervioso inmaduro e interfiere en el mecanismo normal del reflejo postural dando como resultado:

- Hipertonía espástica o rígida, espasmos intermitentes (la mayoría del grupo atetoide) o hipotonía.

- Desviaciones anormales en la inervación recíproca, dependiendo el tipo de trastorno del sitio de la lesión. En el grupo espástico parece haber por un lado, una desviación de la inervación recíproca hacia un exceso de co-contracción, en donde músculos espásticos se oponen a músculos igualmente o más espásticos, y por otro lado puede también existir una desviación hacia un exceso de inhibición “tónica” recíproca, mediante inhibición de antagonistas espásticos. En el grupo atáxico y atetoide la desviación de la inervación

⁵ Bobath K. “Base neuropsicológica para el tratamiento de la Parálisis Cerebral”.2º Edición. Editorial Médica Panamericana. 2000. Madrid. p. 13.

recíproca parece ser hacia un exceso de la misma. Cualquier intento de movimiento conduce una excesiva relajación de los antagonistas.

- Patrones anormales de coordinación debido a la liberación de reflejos posturales anormales. Ya sea con fijación, como en unos pocos patrones típicos de espasticidad, o con movilidad anormalmente exagerada con falta de fijación como en el grupo atetoide.

Así podemos distinguir diferentes tipos de E.C.N.E.:

- Espástica.
- Atetósica.
- Atáxica.
- Hipotónicas.
- Mixtas.

El niño con E.C.N.E. presenta:

- Ausencia y/o persistencia refleja primaria.
- Presentación de reflejos patológicos.

Dos importantes desventajas:

- Facultades normales insuficientes con las que desarrollar destrezas funcionales.
- Experiencias sensoriomotoras anormales sobre las que basar el desarrollo futuro.

Incidencia:

Según datos actuales la E.C.N.E. es la incapacidad física más frecuente en la infancia y puede ser muy severa. Afecta del 2 al 2,5 por mil niños nacidos vivos. En la Argentina, esta incidencia representa alrededor de 1.500 nuevos casos por año.

Etiología:

La E.C.N.E. puede ser el resultado de muchas afecciones. Las *anomalías genéticas* pueden producir una disfunción del cerebro durante el desarrollo embrionario. La *infección intrauterina*, como la rubéola, el citomegalovirus y la toxoplasmosis, pueden dañar el sistema nervioso fetal. La *incompatibilidad de antígeno sanguíneo Rhesus*, por la que el cuerpo de la madre produce anticuerpos que destruyen las células sanguíneas del feto, puede generar demasiado pigmento biliar en la sangre (ictericia). La ictericia no tratada provoca un daño encefálico irreversible. La *anoxia*, como resultado de complicaciones durante el trabajo de parto y el parto, puede privar al encéfalo fetal de sangre y oxígeno vitales, trastorno denominado encefalopatía hipoxicoisquémica. Los *trastornos de la coagulación*, en la madre o el lactante, pueden producir un A.C.V. en el feto o el recién nacido. Un lactante sano puede desarrollar síntomas después de una *lesión cerebral traumática*.

El factor común en todos estos trastornos es la interrupción de los procesos del desarrollo del encéfalo que conduce a daño cerebral.

La presentación pelviana, el trabajo de parto y el parto complicado, el bajo peso al nacer, la prematuridad, una puntuación de Apgar baja, los nacimientos múltiples, las complicaciones del embarazo tardío (hemorragia,

proteinuria) y las convulsiones neonatales incrementan la posibilidad de E.C.N.E. y de problemas neurológicos a largo plazo.

Trastornos asociados

- *Problemas con la alimentación:* a menudo constituyen uno de los primeros signos de E.C.N.E., porque el niño es incapaz de coordinar succión y deglución, tolerar las texturas de los alimentos sólidos y morder y masticar satisfactoriamente distintos alimentos. Los reflejos orales y primitivos generalmente no están integrados, por lo tanto predominan los movimientos involuntarios sobre los voluntarios. La función motora oral también está afectada por problemas de integración sensorial y tono muscular.

El reflujo gastroesofágico puede provocar dolor, vómitos o aspiración pulmonar. Es frecuente diagnosticar el síndrome del deterioro del crecimiento dada la combinación de malnutrición y daño en los centros cerebrales que controlan el crecimiento y el desarrollo.

- *Problemas visuales:* pueden incluir deterioros de la agudeza, limitaciones en seguimiento, movimiento y coordinación y estrabismo. También son frecuentes las limitaciones visuoperceptivas.

- *Problemas auditivos:* se pueden presentar dos tipos: neurosensorial y de conducción, los cuales reducen el nivel de percepción sonora del niño y varían desde leves a profundos.

- *Problemas del lenguaje:* además de los problemas receptivos, con frecuencia existe una dificultad para producir un lenguaje comprensible, como consecuencia del trastorno de los movimientos de la lengua, de los labios y respiratorios.

- *Retraso mental*: leve, moderado y severo.
- *Trastornos comiciales*: crisis comiciales, movimientos involuntarios o cambios en la conciencia o en el comportamiento causados por actividad eléctrica anormal en el cerebro. Las crisis pueden ser parciales o generalizadas y pueden afectar a los sistemas motor, sensitivo y autónomo.
- *Trastornos psicosociales y conductuales*.

Clasificación topográfica: (en orden de incidencia)

Cuadriplejía: compromiso de la totalidad del cuerpo, encontrándose la parte superior más involucrada, o al menos igualmente involucrada, que la parte inferior. La distribución es por lo general asimétrica.

Diplejía: compromiso de la totalidad del cuerpo, pero la mitad inferior se encuentra mas afectada que la superior.

Hemiplejía: el compromiso de un solo lado del cuerpo.

<i>Paraplejía</i>	}	poco frecuentes.
<i>Triplejía</i>		
<i>Monoplejía</i>		

❖ Autismo

El Autismo fue definido por primera vez en 1943, por un psiquiatra austriaco llamado Leo Kanner.

La palabra “autismo” viene del griego “autos” que significa “así mismo”. Se refiere a alguien que esta retraído y absorto a si mismo.

Definición desde el DSM-IV: “... **Trastorno del desarrollo que se caracteriza por pautas anormales o deficientes en la interacción y comunicación social, junto a un repertorio reducido de intereses y de actividades**”. El Autismo conforma junto con el síndrome de Rett, el Trastorno de Asperger y el Trastorno Generalizado del Desarrollo No Especificado, el grupo denominado Trastorno Generalizado del desarrollo (T.G.D.).

Criterios para el diagnóstico: Seis (o más) ítems de (1), (2), y (3) con por lo menos dos de (1), y uno de (2) y de (3).

- (1) **Alteración cualitativa de la interacción social:** por lo menos dos de las siguientes características:
 - a. Importantes alteraciones del uso de múltiples comportamientos no verbales como son: el contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social.
 - b. Incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros, adecuados al nivel de desarrollo.
 - c. Ausencia de la tendencia espontánea para compartir con otras personas disfrutes, intereses y objetivos (por ejemplo: no mostrar, traer o señalar objetos de interés).

- d. Falta de reciprocidad social o emocional.
- (2) **Alteración cualitativa de la comunicación:** por lo menos una de las siguientes características:
- a. Retraso o ausencia total del lenguaje oral (no acompañado de intento para compensarlo mediante modos alternativos de comunicación, tales como gestos o mímicas).
 - b. En sujetos con un habla adecuada, alteración importante de la capacidad para iniciar o mantener una conversación con otros.
 - c. Utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje o lenguaje idiosincrásico.
 - d. Ausencia de juego realista espontáneo, variado o de juego imitativo social, propio del nivel de desarrollo (es decir, comunicación no verbal con intenciones comunicativas).
- (3) **Patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos, repetitivos y estereotipados:** por lo menos una de las siguientes características:
- a. Preocupación absorbente por uno o más patrones estereotipados y restrictivos de interés que resulta anormal. Sea en su intensidad o en su objetivo.
 - b. Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales.
 - c. Manierismo motores estereotipados y repetitivos (por ejemplo: sacudir o girar las manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo).
 - d. Preocupación persistentes por partes de objetos.

Incidencia:

Según estudios actuales, aunque no existen estadísticas exactas que den cuenta de la cantidad de personas que padecen autismo en el país y en el mundo, se estima que uno de cada 150 chicos tiene un trastorno del espectro autista, cifra que en rigor puede ser mayor según un reciente estudio realizado en Inglaterra que sugiere una prevalencia del uno por ciento.

En la Argentina no hay estadísticas, pero es definitivamente una deuda pendiente, ya que es muy importante tener datos epidemiológicos ya que esto impacta en los servicios asistenciales necesarios y en la legislación.

Existen algunos esfuerzos aislados de conocer estimaciones de la prevalencia del autismo, como es el caso del Hospital Gutiérrez de la ciudad de Buenos Aires, que está llevando a cabo una investigación reciente en niños de 21 a 24 meses.

Etiología:

Existió durante mucho tiempo la creencia de que el Autismo Infantil era producto de un desarrollo deficiente o desorganizado de las madres con respecto a la formación del vínculo y apego en las primeras etapas de la infancia temprana, respaldada por la visión psicodinámica (Rivière, 1997).

Hoy en día se sabe que dicha propuesta no es influyente en el desarrollo del autismo y que este ocurre en cualquier familia, de cualquier cultura, nivel socioeconómico y etnia, más allá de los patrones de apego y formación vincular. Cada vez es más fuerte la etiología neurobiológica, y existe conciencia de que la intervención temprana es fundamental, pues potencia al máximo las capacidades de desarrollo personal y social del niño y la oportuna guía y

orientación a sus familiares y educadores. Sin embargo, tanto en el Autismo como los demás trastornos generalizados del desarrollo, el diagnóstico e intervención temprana es sumamente difícil.

Anomalías:

Por lo general los padres suelen consultar al pediatra cuando su hijo presenta un importante retraso a la hora de comenzar a hablar, también suele observarse en estos infantes un llanto constante, o por el contrario, ausencia total del mismo. Pueden presentar problemas en la alimentación, como dificultar para succionar, rechazo de algunos alimentos o fijación por algunas comidas. Presentan dificultad para establecer contacto afectivo con la madre, el contacto visual es mínimo o no existe, rechaza o no extiende los brazos para que lo alcen, la llamada sonrisa social que presentan todos los niños cuando los adultos les hacen alguna gracia o caricia, o bien no existe o aparece tardíamente. Puede haber dificultad en el control de los esfínteres y la mayoría presenta demora en el desarrollo del habla o mutismo. También algunos de estos niños muestran audición selectiva, es decir, parecen sordos para algunos sonidos y sensibles a otros. Son insensibles al dolor o a temperaturas bajas. Les cuesta imitar ejercicios motores.

Características

- *Desarrollo cognitivo y de aprendizaje.*

Según Rivière aproximadamente uno de cada seis personas con autismo presenta una inteligencia normal, lo que corresponde a un 0,13% de las personas con dicho trastorno. Por ende, el porcentaje restante presenta retraso

mental. Las personas que presentan un retraso leve, corresponden al 2%, las personas que presentan un retraso mental moderado corresponden a un 42%, y los niños con un retraso severo o profundo corresponden al 56%. Generalmente se encuentra una estrecha relación entre el coeficiente intelectual, la capacidad lingüística y el aspecto emocional del niño. Al presentar el niño con autismo un retraso mental severo o profundo, se manifiestan graves problemas en formar y comprender conceptos y alteraciones en el procesamiento de la información visual y auditiva o su interrelación. Una percepción visual deficiente va a ser una raíz fundamental en la forma de filtrar y procesar no solo la información social, sino también todos los procesos cognitivos y emocionales del niño.

Algunos niños con autismo, con retraso leve o coeficiente intelectual normal, presentan grandes capacidades de memoria ya sea visual, auditiva, verbal o musical. Adolescentes con autismo presentan una buena memoria de trabajo y de aprendizaje de pares de asociación, incluso superando al grupo de adolescentes con desarrollo normal, pero presentan un bajo puntaje en la transferencia de aprendizajes memorizados aplicados en nuevas tareas, recordando lo propuesto por Rivière sobre el continuo autista como trastorno de la flexibilidad.

- Desarrollo Social

Una de las características de las personas con autismo con consecuencias más negativas, es la dificultad en el desarrollo social. Esta área se ve deteriorada además por el déficit en el desarrollo del lenguaje y el rango de desarrollo cognitivo.

La persona para poder relacionarse y entenderse con otros, debe aprender a ponerse en el lugar de otros. Como presenta déficit en este sentido, se les dificulta elaborar símbolos comunicacionales y les es difícil sentir con los demás.

Otra característica de los individuos con este trastorno es que rechazan los contactos físicos, palabras o expresiones de afecto directas de otros hacia él, juegos con terceros y no manifiestan intencionalidad en la comunicación.

- *Desarrollo del lenguaje*

Una tercera parte de los niños con autismo no aprenden a hablar o su habla carece de funcionalidad. En cuanto a los que hablan, tienen ciertas ecolalias durante algún tiempo de su vida y si no se trata será para siempre. Quienes presentan lenguaje espontáneo, tienen confusiones en la gramática, usando frases estereotipadas y rígidas. Además tienen un control débil de sus órganos fonatorios, presentando ciertas vocalizaciones iniciales idiosincrásicas. Presentan además inversión de los pronombres "yo" y "tú" sin manejar comprensión de ellos, sólo en los que logran cierta capacidad comprensiva, son utilizados adecuadamente.

- *Desarrollo emocional y afectivo*

Presentan resistencia a cambios en ambientes y rutinas y un elevado apego a determinados objetos; conductas ritualistas que les lleva a realizar ciertas acciones obsesivas.

En los primeros años, se presentan alteraciones en el afecto como la ausencia de conductas anticipatorias y la capacidad de relacionar hechos.

Antes de los seis y siete años muestran rechazo físico, ausencia de contacto visual, problemas del sueño, trastornos de alimentación, rabietas, y problemas de control de esfínteres.

Antes de la adolescencia, manifiestan indiferencia hacia otros, rechazo a participar en actividades grupales, presencia de rituales más marcados, y ciertas conductas agresivas. Cuando ya están en la adolescencia consiguen cierta estabilidad emocional, pero caracterizada por falta de empatía y de habilidades sociales.

❖ Síndrome de Down

“Constituye uno de varios trastornos de trisomía, resultante de un exceso de material cromosómico”.⁶

Trastorno genético causado por la presencia de una copia extra del cromosoma 21 (o una parte del mismo), en vez de los dos habituales (trisomía del par 21).

Incidencia:

Según datos actuales en la Argentina y Latinoamérica la incidencia global de síndrome de Down es de 1 cada 670 recién nacidos vivos.

Etiología:

La causa que la provoca es, hasta el momento, desconocida.

Tanto el óvulo como el espermatozoide pueden poseer un cromosoma de más. De esta manera uno de los dos aportará 24 en lugar de 23 cromosomas y nacerá entonces una persona con síndrome de Down, que tendrá en total 47 cromosomas, en lugar de los 46 correspondientes. Ese cromosoma extra se alojará en el par 21, por eso se conoce con el nombre TRISOMIA 21 (3 copias del cromosoma 21).

Cualquier persona puede tener un niño con síndrome de Down. Sin embargo, está comprobado que el riesgo aumenta con la edad materna y paterna.

⁶ Roizen, 1997. En: Crepeau, E. et. al. Willard y Spackman, Terapia Ocupacional. 10º Edición, Madrid. Editorial Médica Panamericana. 2005. p.713.

Características:

- Discapacidad intelectual en grado variable.
- Retraso del crecimiento.
- Hipotonía muscular generalizada.
- Diástasis de rectos (laxitud de musculatura abdominal).
- Hendiduras palpebrales oblicuas.
- Braquiocefalia/región occipital y facial planas.
- Genitales hipotróficos.
- Oreja redonda de implantación baja.
- Extremidades cortas.
- Paladar ojival.
- Pliegues epicánticos (pliegue de piel en el canto interno de los ojos).
- Puente nasal deprimido.
- Clinodactilia del 5º dedo (crecimiento recurvado hacia el dedo anular).
- Hernia umbilical.
- Cuello corto.
- Braquidactilia/Manos cortas.

La mayoría de las personas con síndrome de Down presenta algunas de estas características, pero no todas.

Alteraciones asociadas

El pronóstico de las personas con síndrome de Down es mucho más alentador de lo que solían ser. La mayoría de los problemas de salud asociados a este síndrome puede tratarse y la expectativa de vida es

actualmente de unos 60 años. Las personas con síndrome de Down tienen más probabilidades que las personas no afectadas de tener una o más de las siguientes enfermedades:

- *Defectos cardíacos:* aproximadamente la mitad de los bebés con síndrome de Down tiene defectos cardíacos. Algunos defectos son de poca importancia y pueden tratarse con medicamentos, pero hay otros que requieren cirugía. Los defectos más comunes son el defecto septal aurículoventricular, llamado defecto de relieve endocárdico, defecto septal ventricular, conducto arterioso persistente y tetralogía de Fallot.

- *Malformaciones intestinales:* aproximadamente el 12 por ciento de los bebés con síndrome de Down nace con malformaciones intestinales que deben ser corregidas quirúrgicamente.

- *Problemas de visión:* más del 60 por ciento de las personas con síndrome de Down tiene problemas de visión, como esotropía (visión cruzada), miopía o hipermetropía y cataratas. La visión puede mejorarse con el uso de anteojos, cirugía u otros tratamientos.

- *Pérdida de la audición:* aproximadamente el 75 por ciento de las personas con síndrome de Down tiene deficiencias auditivas. Éstas pueden deberse a la presencia de líquido en el oído medio (que puede ser temporal), a defectos en el oído medio o interno o a ambas cosas.

- *Infecciones:* las personas con síndrome de Down tienden a sufrir problemas respiratorios, como bronquitis y neumonía y a contraer infecciones de oído.

- *Problemas hormonales:* aproximadamente el uno por ciento de los bebés con síndrome de Down nace con hipotiroidismo congénito, una

deficiencia de la hormona tiroidea que puede afectar el crecimiento y el desarrollo cerebral. El hipotiroidismo congénito puede detectarse mediante pruebas de detección precoz de rutina al neonato y tratarse con dosis orales de hormona tiroidea.

- *Leucemia*: menos de uno de cada 100 personas con síndrome de Down desarrolla leucemia.

Algunas personas con síndrome de Down presentan varios de estos problemas mientras que otras no presentan ninguno. La gravedad de los problemas varía enormemente.

FUNDAMENTOS CONCEPTUALES
DE LA TERAPIA OCUPACIONAL

Concepto de Terapia Ocupacional

Se puede definir a la Terapia Ocupacional como la disciplina que **“Estudia al ser humano en su dimensión biológica, psicológica y social, y desarrolla estrategias de intervención tendientes a: promover la salud; facilitar la instalación de vínculos flexibles y creativos; prevenir y/o disminuir las discapacidades producto de trastornos físicos, psíquicos, sensoriales y/o sociales, que dificultan el desenvolvimiento del ser humano en su medio; desarrollar, mejorar y/o recuperar el desempeño de las funciones necesarias para la vida cotidiana; compensar las disfunciones instauradas. Tiene como fin último el de mejorar la calidad de vida, consiguiendo el máximo nivel de salud, autonomía e integración de la persona y/o grupos de riesgo.”**⁷

Incumbencias profesionales del T.O.

“Según una resolución aprobada mediante la Ordenanza de Consejo Superior N° 510/85 y sus modificatorias las Ordenanzas de Consejo Superior N° 371/88, 515/93, 1667/95 y 1751/99 las incumbencias del Terapeuta Ocupacional son las siguientes:

- Elaborar, aplicar y evaluar métodos y técnicas de análisis de las actividades que realiza el hombre para determinar los requerimientos psicofísicos que implica el desarrollo de los mismos.

⁷ Universidad Nacional de Mar del Plata [en línea]
<<http://www2.mdp.edu.ar/index.php?key=618>> [consulta 01, Junio 2010].

- Diseñar, implementar y evaluar métodos y técnicas de evaluación de la capacidad funcional psicofísica del sujeto.
- Diseñar, implementar y evaluar métodos y técnicas de mantenimiento y desarrollo de las funciones psicofísicas.
- Diseñar, implementar y evaluar métodos y técnicas de análisis y evaluación del desarrollo psicomotriz del sujeto.
- Realizar estimulación temprana en niños discapacitados y/o con riesgo ambiental a los efectos de lograr el desarrollo adecuado bio-psico-social.
- Participar en actividades interdisciplinarias destinadas al planeamiento, implementación y evaluación de acciones de estimulación temprana.
- Diseñar y elaborar equipamiento ortésico.
- Participar en la evaluación de la pertinencia del equipamiento ortésico y protésico.
- Adiestrar en la utilización del equipamiento ortésico y protésico.
- Diseñar y elaborar equipamiento personal y ambiental, fijo y móvil destinado a mejorar las posibilidades de autonomía de los individuos discapacitados.
- Asesorar a personas e instituciones respecto de las características y formas de utilización del equipamiento personal y ambiental fijo y móvil, destinado a mejorar las posibilidades de autonomía de los individuos discapacitados.
- Adiestrar y asesorar al individuo discapacitado y a su familia, en lo referente a su autonomía personal-social con el objeto de lograr su integración.

- Elaborar, aplicar y evaluar métodos y técnicas de análisis ocupacional para determinar las capacidades funcionales psicofísicas que implican el desempeño de las distintas actividades laborales.
- Participar en el planeamiento, ejecución y evaluación de planes, programas y proyectos de rehabilitación profesional-laboral.
- Participar en el planeamiento, ejecución y evaluación de planes, programas y proyectos destinados al diagnóstico, prevención y tratamiento de las enfermedades de la población.
- Participar en la elaboración, implementación y evaluación de planes, programas y proyectos de desarrollo comunitario que impliquen la utilización de actividades como instrumento de integración personal, social y laboral.
- Asesorar en lo relativo a la actividad del hombre para evaluar la capacidad funcional psico-física del sujeto, estimular su desarrollo y efectuar el tratamiento de las disfunciones y a la actividad laboral como medio de la integración personal y social.
- Realizar estudios e investigaciones a la actividad del hombre para evaluar la capacidad funcional, psico-física del sujeto, estimular su desarrollo y efectuar el tratamiento de las disfunciones y a la actividad laboral, como medio de integración personal y social.
- Realizar arbitrajes y peritajes referidos a la capacidad psico-física del sujeto y a los métodos y técnicas utilizados para su evaluación.”⁸

⁸ Ibid

Fundamentos de Terapia Ocupacional

La Terapia Ocupacional posee como núcleo fundamental y herramienta terapéutica el uso de la actividad con propósito, el uso de la ocupación como medio y como fin, para mejorar la calidad de vida de las personas.

La ocupación constituye una entidad que favorece y promueve la participación e integración social y aplicada terapéuticamente con objetivos concretos puede ser utilizada como un medio que promueve el desarrollo, mantenimiento y recuperación de las capacidades incidiendo en la salud y bienestar individual tanto física como psicológicamente.

Las actividades son el recurso fundamental de la Terapia Ocupacional, deben reunir diferentes características para considerarlas terapéuticas, las mismas son:

- “Estar dirigidas a una meta: las actividades deben tener algún propósito o razón para que su utilización se considere una actividad en Terapia Ocupacional.
- Tener significado para el individuo: las actividades deben tener valor y utilidad, aun cuando el valor solo pueda alcanzarse en un futuro. Además debe tener alguna relación con el rol o roles que desempeña el individuo en la sociedad.
- Requerir la participación del individuo en algún nivel (físico o mental): el individuo comprometido en la actividad participa activamente tanto de la selección como en su desempeño.
- Ser un instrumento para la prevención de la disfunción y/o el mantenimiento o mejoramiento de la función y la calidad de vida.

- Reflejar la participación del individuo en tareas vitales (A.V.D., juego y trabajo): las actividades deben permitir que el individuo adquiera o vuelva a desarrollar aquellas destrezas necesarias para la satisfacción de sus roles vitales.
- Relacionarse con los intereses del individuo: el compromiso con la tarea será obtenido sólo si los objetivos e intereses de la persona se consideran y satisfacen.
- Ser adaptable y graduable: debe ofrecer la posibilidad de modificación y adaptación tanto en la complejidad como en el tiempo.
- Estar determinada por el juicio profesional del Terapeuta Ocupacional y basada en su conocimiento.”⁹

También es importante mencionar que un requisito fundamental para que una actividad sea terapéutica es el análisis de la misma. *El análisis de la actividad consiste en desglosar la actividad en tareas y pasos y en identificar los componentes de desempeño o habilidades. Es la herramienta básica de la Terapia Ocupacional, esta selección es única para cada paciente. En ella se determina y selecciona aquellas tareas que serán útiles para los propósitos terapéuticos establecidos en función de las características del paciente.*

⁹ Carole J. Simon: “Instrumentos de práctica” En Hopkins H. y Smith H. Willard/Spackman, “Terapia Ocupacional” 8ª edición. Editorial Médica Panamericana. 2001. Madrid. p. 285.

Modelo de desempeño ocupacional de la Asociación

Americana de Terapia Ocupacional (AOTA)

La práctica profesional de la Terapia Ocupacional, cualquiera que sea el ámbito donde se lleva a cabo y al tipo de pacientes a los que va dirigida la intervención, puede guiarse por un sistema conceptual unificado que permita el uso de diferentes modelos, teorías o marcos de referencia. El Modelo del desempeño Ocupacional (M.D.O.).

Desempeño ocupacional:

“El desempeño ocupacional se refiere a la capacidad para ejecutar aquellas tareas que hacen posible desarrollar los roles ocupacionales de una manera que sea satisfactoria y apropiada en relación con la edad del individuo, la cultura y el entorno. Los roles ocupacionales son los roles vitales que el individuo desarrolla dentro de la sociedad.

El desempeño ocupacional requiere aprendizaje y experiencia en la realización del rol, un nivel de desarrollo específico para el desempeño de las tareas y la utilización de todos los componentes de la ejecución. Los déficits en las experiencias de aprendizaje de las tareas, de los componentes de la ejecución y/o del espacio vital, pueden producir limitaciones en el desempeño ocupacional.

Áreas, componentes y contextos del desempeño ocupacional

Las *áreas del desempeño* son amplias categorías de la actividad humana que forman parte de la vida cotidiana. Son *actividades de autocuidado*,

trabajo y actividades productivas y actividades de ocio o juego. Las actividades de autocuidado incluyen tareas como la alimentación, el vestido, la higiene, la socialización, la comunicación, etc. El trabajo y las actividades productivas implican el cuidado del hogar y de otras personas, actividades educativas y actividades laborales. El juego y el ocio incluyen la exploración y el desempeño, de actividades apropiadas a la edad de la persona.

Los *componentes del desempeño* son patrones de conducta aprendidos durante el desarrollo, que constituyen el fundamento de la ejecución ocupacional satisfactoria del individuo. Incluyen tres tipos de componentes: *sensoriomotriz, cognitivo y de integración cognitiva y psicosocial y psicológico.*

El desempeño ocupacional satisfactorio se produce en el contexto cultural y social del individuo y dependen de la edad y el nivel de desarrollo de la persona. Los contextos del desempeño incluyen los aspectos temporales y los aspectos ambientales de la ejecución ocupacional. Cuando el Terapeuta Ocupacional evalúa las áreas de ejecución, es importante que considere también los contextos en los que el paciente debe operar. La selección de una intervención adecuada viene determinada, en parte, por el contexto de la ejecución.”¹⁰

Áreas de desempeño

- *Actividades de la vida diaria:* son actividades que se orientan hacia el propio cuerpo y la independencia personal.

Básicas: (A.V.D.) son las tareas más elementales de las personas y corresponden al autocuidado.

¹⁰ Polonio López B. “Modelos Propios de Terapia ocupacional” En Polonio López B. et. al “Conceptos fundamentales de Terapia Ocupacional”; Editorial Médica Panamericana, Madrid 2001. p.104.

1 Cuidado personal:

- 1.1 higiene (baño).
- 1.2 vestido.
- 1.3 arreglo personal.
- 1.4 alimentación.
- 1.5 continencia.
- 1.6 utilización del sanitario.

2 Movilidad funcional:

- 1.2 transferencias (silla de ruedas, bañera, cama.).
- 1.3 locomoción.
- 1.4 marcha.
- 1.5 escaleras.
- 1.6 asesoramiento y uso sillas de ruedas.
- 1.7 auxiliares para la marcha.

Instrumentales: (A.I.V.D.) “son más complejas e indican la capacidad de la persona para vivir independientemente en su entorno habitual” ¹¹

- 1 Comunicación funcional (comprensión/expresión).
- 2 Preparación de comida.
- 3 Rutina de medicamentos.
- 4 Manejo de dinero.
- 5 Cuidado de la ropa.

¹¹ Ocello, M.G. Eps Salud, [En línea] 2006 < <http://www.eps-salud.com.ar/divulgacion-terapia.htm>.> [consulta 23. Mayo 2010]

6 Manejo del teléfono.

7 Manejo del transporte.

8 Expresión sexual.

- *Trabajo y actividades productivas:* actividades propositivas para el autodesarrollo, la contribución social y para el automantenimiento.

1 Organización del hogar

1.1 Cuidado de la ropa.

1.2 Limpieza.

1.3 Preparación de comidas y limpieza.

1.4 Compras.

1.4 Gestión del dinero.

1.5 Mantenimiento de la casa.

1.6 Procedimientos de seguridad.

2 Cuidado de otros.

3 Actividades educativas.

4 Actividades vocacionales

4.1 Expresión vocacional.

4.2 Adquisición de empleo.

4.3 Ejecución del trabajo o empleo.

4.4 Planificación de la jubilación.

4.5 Participación en el voluntariado.

- *Actividades de juego y ocio:* actividades motivadas intrínsecamente para la diversión, la relajación, el entretenimiento espontáneo o la autoexpresión.

1 Exploración del juego u ocio.

2 Ejecución del juego u ocio.

Componentes de desempeño.

- *Componentes sensoriomotores:* consisten en la capacidad para recibir información, procesarla y producir una respuesta.

1 Sensoriales:

Conciencia sensorial

Procesamiento sensorial

1.2.1 Táctil

1.2.2 Propioceptivo

1.2.3 Vestibular

1.2.4 Visual

1.2.5 Auditivo

1.2.6 Gustativo

1.2.7 Olfativo

1.3 Procesamiento perceptivo

1.3.1 Esterognosia

1.3.2 Cinestesia

- 1.3.3 Respuesta al dolor
- 1.3.4 Esquema corporal
- 1.3.5 Discriminación derecha-izquierda
- 1.3.6 Constancia de la forma
- 1.3.7 Posición en el espacio
- 1.3.8 Cierre visual
- 1.3.9 Figura-fondo
- 1.3.10 Percepción de la profundidad
- 1.3.11 Relaciones espaciales
- 1.3.12 Orientación topográfica

2 Neuromusculares:

- 2.1 Reflejos
- 2.2 Grado de movilidad
- 2.3 Tono muscular
- 2.4 Fuerza
- 2.5 Resistencia
- 2.6 Control postural
- 2.7 Alineación postural
- 2.8 Integridad de los tejidos blandos

3 Motrices:

- 3.1 Coordinación gruesa
- 3.2 Cruce de la línea media
- 3.3 Lateralidad

3.4 Integración bilateral

3.5 Control motriz

3.6 Praxias

3.7 Coordinación motora fina/ destreza

3.8 Integración viso-motriz

3.9 Control oro-motriz

- *Integración cognitiva y componentes cognitivos:* consisten en la capacidad para utilizar funciones cerebrales complejas.

1 Nivel de conciencia

2 Orientación

3 Reconocimiento

4 Capacidad de atención

5 Iniciación de la actividad

6 Terminación de la actividad

7 Memoria

8 Secuenciación

9 Clasificación

10 Formación de conceptos

11 Operaciones espaciales

12 Resolución de problemas

13 Aprendizaje

14 Generalización

- *Destrezas psicosociales y componentes psicológicos*: consisten en la capacidad para interactuar en la sociedad y para procesar las emociones.

1 Psicológicos:

1.1 Valores

1.2 Intereses

1.3 Autoconcepto

2 Sociales:

2.1 Desempeño del rol.

2.2 Conducta social.

2.3 Destrezas interpersonales.

2.4 Autoexpresión.

2.5 Autoorganización.

2.5.1 Habilidades de lucha.

2.5.2 Organización del tiempo.

2.5.3 Autocontrol.

Contextos de la ejecución:

Aspectos temporales:

1 Cronológicos

2 Desarrollo

3 Ciclo vital

4 Estado de discapacidad

Entorno

- 1 Físico
- 2 Social
- 3 Cultural

Marcos de referencia utilizados en T.O. seleccionados para esta investigación

- **Neurodesarrollo:** "El tratamiento del Neurodesarrollo es una forma de terapia utilizada con personas que presentan trastornos del sistema nervioso central que producen posturas y movimientos anormales. El enfoque terapéutico intenta iniciar o mejorar las etapas y los procesos normales en el desarrollo del movimiento. Se utilizan técnicas específicas de manipulación con equipamiento adaptado para lograr inhibición de los patrones anormales, normalización del tono muscular y facilitación de otros movimientos normales."¹²

Como la sensación y el movimiento van unidos, este enfoque puede aplicarse tanto a personas con patologías motoras, ortopédicas o neurológicas.

El tratamiento para fomentar el desarrollo y el control voluntario debe basarse en principios de desarrollo y neurofisiológicos.

Según Willard/ Spackman (1993) los principios de este modelo son:

- El sistema nervioso central dañado bloquea el movimiento normal.

¹²Erhardt R. " Discapacidades del desarrollo" En Hopkins H. y Smith H. Willard/ Spackman: "Terapia Ocupacional". 8º edición. Madrid. Editorial Médica Panamericana. 2001.p. 443

- El tono muscular anormal produce patrones anormales de postura y movimiento.

- Estos patrones anormales afectan a todas las funciones como respiración, habla, alimentación, percepción, cuidados personales y marcha.

- Dado que la base del movimiento es la sensación, el cambio exige que la persona sienta movimientos más normales. Los beneficios óptimos se logran sólo con un esfuerzo interdisciplinario que incluye al paciente, la familia, el médico, los terapeutas y los maestros.

- **Integración Sensorial:** se define como la capacidad que posee el sistema nervioso central (S.N.C.) de interpretar y organizar las informaciones captadas por los diversos órganos sensoriales del cuerpo. Dichas informaciones, recibidas por el cerebro, son analizadas y utilizadas para permitirnos entrar en contacto con nuestro ambiente y responder adecuadamente. Es el proceso neurológico que organiza la sensación (input sensor) de nuestro propio cuerpo y del ambiente y hace posible usar eficazmente el cuerpo dentro del mismo, generando una respuesta adaptativa, un proceso de aprendizaje o el desarrollo de una función neurológica.

La Teoría de la Integración Sensorial fue creada para abordar problemas de aprendizaje en los niños. Se trata, más que de una técnica específica, de un enfoque terapéutico. Su creadora fue Jean Ayres, Terapeuta Ocupacional estadounidense, que formuló dicha teoría a partir de sus propias investigaciones y estableció también la evaluación y el tratamiento de las disfunciones de integración sensorial.

El cerebro localiza, clasifica y ordena las sensaciones, cuando estas fluyen de manera organizada e integrada, el cerebro usa esas sensaciones para formar percepciones, comportamientos y aprendizaje.

- **Neuropsicología:** fue descrita por Ortiz Alonso en 1997 como la “ciencia que estudia las relaciones entre el cerebro, la conducta y el medio ambiente, tanto en situaciones de normalidad como patológicas”.

Es una disciplina joven que surge vinculada a otras disciplinas neurocientíficas, como la neurología, la psicología y la ciencia cognitiva. Aunque se comenzó a hablar de ella en la antigüedad, fue reconocida científicamente en el siglo XIX. La primera vez que se aplicó el término fue en 1913, pero en 1949 se inició su desarrollo con el trabajo de Hebb denominado “*La organización de la conducta. Una teoría neuropsicológica.*”

El enfoque neuropsicológico se inscribe en la actualidad, dentro de la línea del progreso científico experimentando como consecuencia de los avances producidos en el conocimiento del sistema nervioso central, pero también en la idea cada vez más difundida de seguir conociendo e interviniendo sobre la conducta humana para, principalmente, lograr avances en la calidad de vida de cada individuo.¹³

La neuropsicología es multidisciplinar, utiliza un abordaje holístico y estudia al ser humano como un todo bio-psico-sociocultural. Además de tomar

¹³ Eusebio, et.al. Neuroeducación el aula. Trabajo Libre Congreso Internaxcional de Psicopedagogía. IV Jornadas de Actualizaciones Psicopedagógicas. V Jornada de Psicopedagogía Laboral. Argentina. 2008. <http://www.uca.edu.ar/esp/sec-fpsicologia/esp/docs-institucional/congreso-2008/aprendizaje-4.pdf> [consulta: 18 Junio 2010]

en cuenta los mecanismos biológicos y psicológicos, considera el medio social en que se desarrolla la persona.¹⁴

Dentro de sus antecedentes se encuentran los aportes de los frenologistas entre ellos Gall y Spuzheim, quienes a comienzos del siglo XIX fueron los primeros en sugerir que la mente estaba asentada en el cerebro, y que el encéfalo estaba dividido en órganos o facultades con diferentes funciones intelectuales y emocionales.

Estos estudios dieron origen a la Neuropsicología Clásica donde el método lesional y la agrupación sindrómica fueron la fuente principal. Sus primordiales exponentes fueron Broca y Wernicke con sus aportes acerca de los distintos tipos de afasia.

Posteriormente y aún dentro de la Neuropsicología Clásica, una nueva corriente de pensamiento, la holística o gestáltica, plantea que el procesamiento mental ocurre en forma paralela en subsistemas o módulos que no están necesariamente relacionados con áreas anatómicas. Autores como Jackson, Fluorens y Lashley afirmaron que las disfunciones se relacionan con el total del tamaño de la corteza dañada y sus conexiones neurales en lugar de referirlo a la localización del daño, debido a que la corteza cerebral funciona como un todo.

Luria en 1947, hace un gran aporte, relacionando las teorías Psicológicas y de la Lingüística, siendo el precursor de la Neuropsicología Cognitiva como una convergencia de la Neuropsicología Clásica y de la Psicología Cognitiva. "El objetivo de la Neuropsicología Cognitiva es proporcionar una mayor comprensión sobre como el cerebro humano lleva a

¹⁴ González Otero, et.al. La Neuropsicología: una realidad que emerge y se hace necesaria. Revista Infociencia Volumen: 8 Número: 4. 2005.
<http://www.magon.cu/reports/rptPublish.asp?topic=260> [consulta 2 Julio 2010]

cabo operaciones mentales, a partir de la observación de personas que han desarrollado ciertos déficits específicos como resultados de lesiones cerebrales.”

- **Cognitivo-conductual:** este marco parte del supuesto de que la actividad cognitiva determina el comportamiento.

Las principales características de esta orientación son las siguientes:

- El cambio conductual se halla mediado por las actividades cognitivas.
- La aceptación del determinismo recíproco entre el pensamiento, el ambiente y la conducta.
- La terapia está diseñada para ayudar al paciente a identificar, probar la realidad y corregir creencias disfuncionales.
- Las técnicas aplicadas en este enfoque son la reestructuración cognitiva, solución de problemas, entrenamiento autoinstruccional.
- En la relación terapéutica se enfatiza el papel activo del paciente.

Se busca favorecer la organización de la conducta de la persona y permitir, a través de distintos programas y estrategias, que focalice su atención para lograr el aprendizaje de las conductas funcionales que necesita para desarrollar su vida con mayor autonomía.

La modificación de conducta tiene como objetivo promover el cambio a través de técnicas de intervención para mejorar el comportamiento de las personas, de forma que desarrollen sus potencialidades y las oportunidades disponibles en su medio, optimicen su ambiente, y adopten actitudes, valoraciones y conductas útiles para adaptarse a lo que no puede cambiarse.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Tema. Problema

Objetivo general y específicos

Variables de estudio

Tipo y enfoque de estudio

Población. Muestra. Unidad de análisis

Técnicas de recolección de datos

TEMA:

“Aportes de la Terapia Ocupacional en Terapias Ecuestres.”

PROBLEMA:

Aportes de la Terapia Ocupacional a las Terapias Ecuestres, en el abordaje de pacientes con Encefalopatía Crónica no Evolutiva, Autismo y síndrome de Down.

OBJETIVO GENERAL:

Efectuar un desarrollo conceptual acerca del aporte del Terapista Ocupacional en los Centros de Terapias Ecuestres en el abordaje de pacientes con Encefalopatía Crónica no Evolutiva, Autismo y síndrome de Down.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Considerar las características específicas del rol técnico del Terapista Ocupacional en la intervención en Terapias Ecuestres.

- Analizar las Terapias Ecuestres desde Terapia Ocupacional, para el abordaje de pacientes con Encefalopatía Crónica no Evolutiva, Autismo y síndrome de Down.

VARIABLES DE ESTUDIO

Variable independiente:

Aportes de la Terapia Ocupacional en Terapias Ecuestres.

Definición científica: conjunto de acciones que el Terapeuta Ocupacional realiza utilizando como método terapéutico y educacional las Terapias Ecuestres.

El T.O. ofrece actividades con propósito, graduadas, adaptadas y analizadas utilizando el caballo y la naturaleza como facilitadores del proceso terapéutico con el objetivo de favorecer la autonomía y mejorar la calidad de vida.

Definición operacional: secuencia relacionada de acciones que el Terapeuta Ocupacional realiza en Terapias Ecuestres, las cuales engloban:

-Admisión del paciente y valoración rápida: el paciente ingresa al Centro de Terapias Ecuestres por derivación médica o de otro profesional; a través de la revisión de diferentes datos como: resumen de historia clínica, en el que se mencionan: diagnóstico médico, contraindicaciones y/o precauciones e informes de otros profesionales, se busca formar una imagen clínica acerca del paciente.

-Evaluación exhaustiva: una vez decidida la pertinencia del ingreso al centro se realiza esta evaluación exhaustiva que permitirá establecer una línea

base a partir de la cual detectar los cambios producidos por la intervención en Terapias Equestres. El propósito de esta evaluación es detectar, cuantificar y describir las capacidades y déficit del paciente, su influencia sobre el desempeño funcional y las áreas relacionadas con los mismos, con la intención de plantear los objetivos y determinar los procedimientos y estrategias más adecuadas para el caso.

Para tal fin se efectúa una entrevista y observación del funcionamiento ocupacional. La entrevista puede realizarse al propio paciente: obteniendo información sobre: percepción de su disfunción, expectativas que tiene de la terapia; y a sus padres o cuidadores a fin de recabar datos para una historia evolutiva e indagar acerca de las relaciones sociales del paciente y expectativas acerca de la terapia.

Luego se seleccionan los procedimientos de evaluación específicos que sean consistentes con el modelo o marco de referencia elegido para abordar el caso según el diagnóstico o naturaleza de la afección. Estos modelos guiarán todo el proceso de intervención.

-Identificación de problemas y necesidades: a partir de los datos recabados anteriormente, se realiza un análisis e interpretación de los mismos, para arribar a un perfil sobre los potenciales y limitaciones del paciente, para luego detectar los problemas y necesidades, déficit de desempeño y áreas afectadas desde la perspectiva de Terapia Ocupacional.

-Establecimiento de objetivos y prioridades: a partir de la identificación de los problemas se establecen una serie de prioridades teniendo en cuenta

por un lado los deseos y preferencias del paciente y su familia; y por el otro los conocimientos del terapeuta sobre la necesidad de adquirir habilidades simples para luego desarrollar más complejas, de esta manera se formulan los objetivos terapéuticos. Se establecen objetivos a corto y a largo plazo, los mismos tienen por finalidad el mejoramiento del desempeño ocupacional del paciente.

-Selección de los abordajes, estrategias y técnicas: antes de proceder a la intervención se elaboran las estrategias y técnicas para abordar los problemas. En esta etapa se definen los métodos, es decir, actividades y recursos materiales, elegidos para el caso. El medio terapéutico fundamental utilizado en Terapias Equestres es el caballo, sin embargo también se pueden utilizar otros elementos y actividades ecuestres, que complementan el abordaje, estas pueden ser actividades de alimentación e higiene del equino; preparación de equipo para la monta, incorporación de aros, pelotas, rompecabezas y juegos.

-Formulación del plan de intervención: en base a todo lo anterior se formula un plan de acción terapéutico que nos aproxime a los resultados finales esperados. El diseño responde a las estrategias, medios y recursos acordes a cada problema, secuencia a seguir, sesiones, consideraciones especiales a tener en cuenta, las actividades y tareas y duración de las mismas.

En Terapias Equestres se programan las sesiones respetando tres momentos: *caldeamiento*, en el que se recibe al paciente, se realiza la entrada en calor y la preparación para la actividad central. El segundo momento es la

actividad propiamente dicha, esta responde al objetivo central de la sesión; el caballo y otros recursos pueden servir como estrategias para dicho fin, sin embargo no siempre la monta es la actividad central. Y finalmente la *relajación y cierre de la sesión*, por lo general, la relajación se realiza arriba del caballo pero dependiendo el caso se pueden utilizar otras estrategias. Por último se concluye la sesión despidiendo al equino, lo que habitualmente se realiza alimentándolo.

Se debe tener en cuenta que el plan formulado debe ser flexible, de manera que pueda adaptarse a las necesidades cambiantes de las personas.

-Desarrollo y puesta en práctica del plan de intervención: en esta etapa se aplica el plan de intervención, habiendo hecho un previo análisis de las herramientas. Estas herramientas primarias de las que dispone el T.O. son: la utilización terapéutica de la actividad y del entorno, la aplicación de procedimientos y técnicas especiales y la relación terapéutica. Se debe tener en cuenta el tiempo requerido de las actividades para mantener el encuadre.

-Revisión de resultados y estrategias: en esta fase se analizan los resultados con el objetivo de obtener retroalimentación sobre el proceso terapéutico y los logros alcanzados.

Se realizan reevaluaciones periódicas al paciente para comprobar que la respuesta es la esperada, en algunos casos puede ser necesario modificar los objetivos, las estrategias, la lista de problemas o todos los aspectos anteriores.

-Alta: ésta se realiza una vez que los objetivos han sido cumplidos, puede suceder que estos no se logren completamente y se alcance una meseta de estabilidad clínico funcional. En este momento el paciente es preparado cuidadosamente por todos los miembros del equipo y cada uno debe contribuir para que se lleve a cabo de la mejor manera posible.

En esta etapa se entrega un informe de alta, que incluye resumidamente todo el proceso terapéutico, motivo del alta, los resultados alcanzados, también puede incluir recomendaciones terapéuticas. Este informe es entregado al paciente y al profesional que lo derivó.

Una vez que ha sido decidida el alta del tratamiento, se le puede sugerir al paciente que continúe con equitación adaptada, realizando esta actividad con fines deportivos y lúdicos.

-Seguimiento: control que se realiza luego del alta, con la finalidad de evaluar la evolución del paciente. Además es un mecanismo mediante el cual se pueden detectar nuevas necesidades de tratamiento. La periodicidad del seguimiento dependerá de las características particulares de cada caso. Luego se da el alta definitiva, aunque si el paciente o la familia lo requieren el T.O. puede brindar un espacio para consultas y asesorías.

Variables dependientes: entidades clínicas:

- *ENCEFALOPATIA CRONICA NO EVOLUTIVA:*

Definición científica: “La parálisis cerebral se define como un “trastorno del movimiento y de la postura debido a un defecto o lesión del cerebro inmaduro” (Bax, 1964). La lesión cerebral no es progresiva y causa un deterioro variable de la coordinación de la acción muscular, con la resultante incapacidad del niño para mantener posturas normales y realizar movimientos normales.”¹⁵

E.C.N.E. es el término actualmente utilizado para describir a pacientes que sufren estos trastornos.

Definición operacional: patología causada por una lesión en el sistema nervioso central inmaduro que interfiere en el mecanismo normal del reflejo postural, dando como resultado:

- Hipertonía (espástica o rígida), espasmos intermitentes o hipotonía.
- Desviaciones anormales en la inervación recíproca, dependiendo el tipo de trastorno del sitio de la lesión.
- Patrones anormales de coordinación debido a la liberación de reflejos posturales anormales.

¹⁵ Bobath K. “Base neuropsicológica para el tratamiento de la Parálisis Cerebral”. 2º Edición. Editorial Médica Panamericana. 2000. Madrid. p. 13.

- **AUTISMO:**

Definición científica: “trastorno del desarrollo que se caracteriza por pautas anormales o deficientes en la interacción y comunicación social, junto a un repertorio reducido de intereses y de actividades.”¹⁶

Definición operacional: “criterios para el diagnóstico: Seis (o más) ítems de (1), (2), y (3) con por lo menos dos de (1), y uno de (2) y de (3).

(1) Alteración cualitativa de la interacción social: por lo menos dos de las siguientes características:

a. Importantes alteraciones del uso de múltiples comportamientos no verbales como son: el contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social.

b. Incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros, adecuados al nivel de desarrollo.

c. Ausencia de la tendencia espontánea para compartir con otras personas disfrutes, intereses y objetivos (por ejemplo: no mostrar, traer o señalar objetos de interés).

d. Falta de reciprocidad social o emocional.

(2) Alteración cualitativa de la comunicación: por lo menos una de las siguientes características:

¹⁶ Pichot, P. et al.” Trastornos de inicio en la infancia, niñez o la adolescencia “En DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Editorial Masson. 1995. Barcelona. p.69.

- a. Retraso o ausencia total del lenguaje oral (no acompañado de intento para compensarlo mediante modos alternativos de comunicación, tales como gestos o mímicas).
 - b. En sujetos con un habla adecuada, alteración importante de la capacidad para iniciar o mantener una conversación con otros.
 - c. Utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje o lenguaje idiosincrásico.
 - d. Ausencia de juego realista espontáneo, variado o de juego imitativo social propio del nivel de desarrollo (es decir, comunicación no verbal con intenciones comunicativas).
- (3) Patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos, repetitivos y estereotipados: por lo menos una de las siguientes características:
- a. Preocupación absorbente por uno o más patrones estereotipados y restrictivos de interés que resulta anormal. Sea en su intensidad o en su objetivo.
 - b. Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales.
 - c. Manierismo motores estereotipados y repetitivos (por ejemplo: sacudir o girar las manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo).
 - d. Preocupación persistentes por partes de objetos.”¹⁷

¹⁷ Ibid p.74

- *SINDROME DE DOWN:*

Definición científica: trastorno genético causado por la presencia de una copia extra del cromosoma 21 (o una parte del mismo), en vez de los dos habituales (trisomía del par 21). "Constituye uno de los varios trastornos de trisomía, resultante de un exceso de material cromosómico". (Roizen, 1997).

Definición operacional: síndrome genético caracterizado por:

- Discapacidad intelectual en grado variable.
- Retraso del crecimiento.
- Hipotonía muscular generalizada.
- Diástasis de rectos (laxitud de musculatura abdominal).
- Hendiduras palpebrales oblicuas.
- Braquiocefalia/región occipital y facial planas.
- Genitales hipotróficos.
- Orejas redondas de implantación baja.
- Extremidades cortas.
- Paladar ojival.
- Pliegues epicánticos.
- Puente nasal deprimido.
- Clinodactilia del 5º dedo.
- Hernia umbilical.
- Cuello corto.
- Manos cortas/braquidactilia.

CARACTERISTICAS DE LA INVESTIGACION:

De acuerdo al método y las técnicas de investigación utilizados en el presente estudio, el mismo constituye una tesis de tipo documental o teórica, la cual se basa en la recopilación documental de fuentes primarias (entrevistas a profesionales idóneos en el área) y secundarias (textos, revistas, artículos de Internet, tesis, etc.) donde se procede al tratamiento teórico, siendo el objeto de estudio el aporte de Terapia Ocupacional en las Terapias Equestres, a fin de poder profundizar en los conceptos existentes y contribuir con nuevos aportes a esta área en creciente desarrollo.

TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio elegido es *exploratorio-descriptivo*.

La elección del tipo estudio se realizó básicamente teniendo en cuenta el estado del conocimiento en el tema de investigación, mostrado por la revisión de la literatura y el enfoque que se le pretende dar al trabajo.

-Exploratorio: debido a que la presente investigación busca brindar un aporte a un área escasamente abordada por Terapia Ocupacional: las Terapias Equestres. La revisión de la literatura reveló que existe poca información e ideas vagamente relacionadas con el problema de estudio. Por lo tanto, lo que se pretende es contribuir al crecimiento de nuestra profesión desde un área en desarrollo.

-Descriptivo: debido a que el propósito del estudio es realizar una aproximación acerca del aporte de la Terapia Ocupacional en las Terapias Equestres, es decir, se busca efectuar un desarrollo conceptual acerca de las características específicas del rol técnico del Terapeuta Ocupacional en la intervención en Terapias Equestres.

ENFOQUE DE INVESTIGACION: El estudio tiene un enfoque cualitativo, ya que pretende hacer un análisis del aporte de Terapia Ocupacional a las Terapias Equestres, basándose en técnicas no estandarizadas para la recolección de datos como observación no estructurada, entrevistas semi-estructuradas y revisión de documentos.

POBLACION-MUESTRA-UNIDAD DE ANÁLISIS:

La población o el universo contemplado en esta tesis teórica, lo constituyen la totalidad de libros, artículos de revistas, publicaciones de Internet consultadas, referentes al tema de interés.

La muestra está representada por todos los textos significativos que constituyen el fundamento conceptual de este estudio, desarrollados y analizados en el cuerpo de la tesis.

Por las características de esta investigación resulta impropio hablar de unidad de análisis, sin embargo podría entenderse como tal, los pacientes con Encefalopatía Crónica no Evolutiva, Autismo y síndrome de Down, que constituirían la unidad o enfoque básico del análisis sobre el que se fundamenta la implementación del abordaje de Terapia Ocupacional en Terapias Equestres, propuesto en esta tesis.

TECNICAS DE RECOLECCION DE DATOS:

Las técnicas utilizadas fueron:

1. Observación no participante en Centros de Terapias Ecuestres:

Se observaron las características del entorno, modos de abordaje, desarrollo de una sesión, material utilizado y participación de la familia; en los siguientes centros:

- *Asociación de Equitación Integral de Rosario "ADEIR"*, de la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe.

- *Centro de Terapias y Actividades Ecuestres "La Lujanita"* de la ciudad de Tigre, provincia de Buenos Aires.

2. Entrevista semi-estructurada a informantes claves:

Donde se indagó acerca de las características de la institución, el abordaje que se realiza desde Terapia Ocupacional en Terapias Ecuestres, la formación, equipo interdisciplinario, cuadros clínicos, contraindicaciones, evaluación, tipo de abordaje y alta, a los siguientes Terapistas Ocupacionales:

- Lic. en T.O. *Cecilia Llambías*, directora del Centro de Terapias y Actividades Ecuestres "La Lujanita" de la ciudad de Tigre, provincia de Buenos Aires.

- T.O. *Carolina Zerbonia*, integrante del grupo de profesionales de "A.D.E.I.R.", de la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe.

- T.O. *Diana M. Cano*, integrante del grupo de profesionales Corporación Centro Ecuestre Santa Rita, La Estrella, Antioquia, Colombia. Especializada en Rehabilitación Pediátrica e Integración Sensorial – Praxis.

- T.O. *Mariela Di Giordio*, integrante de la Fundación Al Reparó, San Isidro, Buenos Aires.

- T.O. *Adriana Soto Ospina*, integrante Centro Hipoterapéutico del Sur-Occidente Colombiano la Z. Psicóloga, Hipoterapeuta Coordinadora de Curso Rehabilitación Ecuéstre.

- T.O. *Dayana Rivera*, integrante de la Fundación Centro Colombiano de Hipoterapia.

3. *Recopilación documental:*

Se efectuaron consultas a la Asociación Marplatense de Terapistas Ocupacionales (A.M.T.O.), donde se realizó una búsqueda de las tesis relacionadas al tema de estudio.

La recopilación documental fue realizada en su mayoría por Internet consultando diversos sitios web de asociaciones, centros de Terapias Ecuéstras, investigaciones, tesis, artículos y revistas. Otra fuente importante de datos para la recopilación fueron libros y material aportado por informantes claves y profesionales que se desempeñan en el área.

También se mantuvo contacto vía e-mail con Asociaciones de Terapias Ecuéstras Argentinas: Asociación Argentina de Equinoterapia (A.A.D.E.) y Asociación Argentina de Actividades Ecuéstras para Discapacitados (A.A.A.E.P.A.D.) para tener conocimiento de los centros de Terapias Ecuéstras que actualmente están funcionando en nuestro país.

Además se realizaron consultas en las siguientes bibliotecas:

- Biblioteca central de la Universidad Nacional de Mar del Plata, para consulta de tesis relacionadas al tema que atañe nuestra investigación.

Se obtuvieron datos de la tesis: “Encuentro TO - animal - paciente ¿es terapéutico?” de la Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Autoras: Petinato; Natalia Andrea y Yañez Nor, Noelia, año 2007.

-Biblioteca del Centro Médico de la ciudad de Mar del Plata donde se realizó un rastreo bibliográfico acerca de publicaciones científicas a través de bases de datos. Se pudo acceder a diferentes investigaciones sobre los beneficios de las Terapias Equestres en el tratamiento de niños con parálisis cerebral. Solo se encontró una investigación en la base de datos Medline, la cual se refiere al uso de los beneficios de los movimientos del caballo, en el tratamiento de pacientes con disfunciones musculoesqueléticas, realizado por distintos profesionales, dentro de los cuales se menciona al Terapeuta Ocupacional.

Otras investigaciones obtenidas avalan la utilización del caballo como recurso terapéutico poniendo en evidencia los beneficios de estas terapias en el abordaje de distintas patologías.

ANALISIS CUALITATIVO DE LOS DATOS

*Al caballo
Déjame descansar
De todo mi pesar
Fundiéndome contigo...
Como el mar los ríos al llegar.
Sentirme al montar...
¡Andar, danzar, volar, vibrar!
(Gross, 2006)*

El análisis fue realizado en base a la recopilación documental, a la observación y a las entrevistas realizadas a Terapistas Ocupacionales que trabajan en Centros de Terapias Ecuestres de nuestro país y del mundo; el mismo se llevó a cabo mediante la utilización de la "Teoría fundamentada".

Aportes de Terapia Ocupacional en Terapias Ecuestres

El T.O. que decida desarrollar su labor dentro de las Terapias Ecuestres debe conocer la herramienta con la que va a trabajar, del mismo modo que cualquier otra actividad que maneje, por eso es imprescindible que se introduzca y profundice en materia ecuestre, e incluso vivencie, si es posible, lo que supone estar en contacto con el caballo, para poder analizar y conocer todo lo que puede aportarnos esta actividad. Entender o no el lenguaje de los caballos puede marcar la diferencia para que el abordaje tenga éxito o no.

El medio terapéutico utilizado en esta terapia es un ser vivo al que es necesario saber manejar y entender para poder aprovechar todo su potencial; para esto es fundamental el trabajo en equipo y el apoyo de otros profesionales que sean expertos en materia ecuestre.

Además de la formación en materia ecuestre, los marcos de referencia más comúnmente utilizados por las T.O. en este abordaje son: *Neurodesarrollo* y la *Teoría de Integración Sensorial* (propia de T.O). Asimismo en algunos centros se menciona el trabajo desde el marco *Cognitivo Conductual*, *Neuropsicología*, *Biomecánico* y *Modelo de Ocupación Humana (M.O.H.O)*. También se utilizan modelos propios de Terapias Ecuestres como el *método Daniele* y el modelo de *Psicoterapia Asistida con Caballos* desarrollado por *Equine Assisted Growth and Learning Association (E.A.G.A.L.A.)*, dedicada a

mejorar la salud mental de los individuos y sus familias. Algunos centros trabajan en Psicoterapia Asistida utilizando la metódica, desarrollada por el Neuropsicólogo *Gustavo Palomino Gómez (G.P.G.)*, que une la energética, los movimientos controlados del caballo y la ciencia de la salud, formando así una batería clínica, que la aplican los profesionales de la salud, siguiendo protocolos preestablecidos según cada patología. Este enfoque de la Hipoterapia Moderna ya se aplica en varias partes del mundo (Europa, Panamá, Costa Rica, Miami, ente otros).

Cabe destacar la importancia en este campo del trabajo en equipo y la necesidad que unos profesionales se nutran de los otros con el fin de poder desarrollar la intervención con la mayor calidad posible.

Los programas de Terapias Equestres necesitan el trabajo coordinado de un equipo interdisciplinario determinado por el tipo de afecciones del paciente.

Los profesionales que podrían integrar el equipo de trabajo de un proyecto de Terapias Equestres son:

Terapeuta Ocupacional

Kinesiólogo

Fonoaudiólogo

Trabajador Social

Psicólogo

Psicopedagogo

Equinoterapeuta

Instructor de equitación

Veterinario

Médico

Intervención del T.O sobre el entorno:

El entorno donde se realizan las terapias ecuestres es una gran fuente de estimulación, es un complemento muy importante en el desarrollo de estas terapias. Del mismo modo que el T.O. analiza el potencial y las características del caballo como herramienta terapéutica, debe analizar el encuadre donde se va a realizar la actividad y las posibilidades que este nos ofrece.

La posibilidad de realizar las terapias ecuestres en un espacio abierto, en pleno contacto con la naturaleza y donde la estimulación sensorial es mayor que en otros contextos donde habitualmente se llevan a cabo las terapias, favorece que el paciente tenga multitud de vivencias positivas.

La intervención del Terapeuta Ocupacional sobre el espacio esta principalmente dirigida a:

- _ diseñar el espacio para que sea un entorno accesible y sin barreras arquitectónicas que impidan el desplazamiento o acceso a personas en silla de ruedas o a personas que utilicen ayudas para la marcha.
- _ estructurar el espacio, señalizando las distintas zonas (área de preparación del caballo, área de material, área de monta), para favorecer un buen manejo del entorno a personas que tengan dificultad para ello.
- _ organizar y ordenar el material ecuestre para facilitar su uso.

El proceso de intervención de Terapia Ocupacional en Terapias

Equestres:

El paciente ingresa al Centro de Terapias Equestres por derivación médica o de otro profesional; a través de la revisión de diferentes datos como: resumen de historia clínica, en el que se mencionan: diagnóstico médico, contraindicaciones y/o precauciones e informes de otros profesionales, se busca formar una imagen clínica acerca del paciente.

A través de las entrevistas y la revisión bibliográfica pudimos conocer que las patologías más frecuentemente abordadas en el área son: E.C.N.E., Autismo y síndrome de Down.

Algunas consideraciones importantes a tener en cuenta son las *contraindicaciones* de este tipo de terapia. Una población considerable de personas con síndrome de Down, sufren de inestabilidad atlanto axial, por lo que antes de iniciar el tratamiento debería descartarse esta condición mediante una radiografía cervical.

Los pacientes con E.C.N.E. pueden presentar luxación-subluxación de cadera y escoliosis o acentuación de las curvaturas de la columna, es importante que el médico evalúe estas condiciones antes de admitirlo al tratamiento.

Luego de esta etapa se decide la admisión al centro de Terapias Equestres. La persona que va a recibir atención es evaluada por los profesionales de la institución, de acuerdo con su diagnóstico y necesidades.

Desde Terapia Ocupacional se inicia con una entrevista y observación del funcionamiento ocupacional. La entrevista se efectúa al paciente y/o a la familia, en ésta se conocen las expectativas y condiciones de la persona

interesada en el tratamiento y el nivel de compromiso que el grupo familiar tendrá con la actividad.

Posteriormente se aplica una batería de evaluaciones que permite conocer cómo están las áreas y componentes del desempeño, e identificar las características y necesidades de tratamiento de la persona.

Los métodos de evaluación utilizados son consistentes con los modelos o marcos de referencia elegidos para abordar los casos.

El propósito de esta evaluación es detectar, cuantificar y describir las capacidades y déficit del paciente, su influencia sobre el desempeño ocupacional y las áreas relacionadas con los mismos (AVD, juego y trabajo).

Luego de esta evaluación se realiza un análisis e interpretación de los datos para detectar los problemas y necesidades, con la intención de plantear los objetivos a corto y largo plazo.

En la próxima etapa se definen los métodos, estrategias y procedimientos, es decir, actividades y recursos materiales, elegidos para el caso. El medio terapéutico fundamental utilizado en Terapias Ecuestres es el caballo.

La elección del caballo adecuado para cada paciente se realiza teniendo en cuenta ciertos criterios:

Raza: depende de las cualidades de cada caballo. Las razas utilizadas son muy variadas, sin embargo, existen algunas que son siempre una buena opción.

El equino más utilizado en la Argentina es el Criollo, por ser el que más se adapta a las características necesarias para la actividad ecuestre, además de tener buenas dimensiones corporales. Otra raza utilizada es la Mestiza y el

Cuarto de Milla, aunque este último es más temperamental. Es discutido el uso del Peruano de Paso debido a que no cumple con el requisito de tridimensión.

Edad: debe ser un caballo adulto, teóricamente la edad ideal es de 8 años en adelante, ya que es una edad en la que el caballo alcanza un completo desarrollo físico y mental.

Sexo: puede ser una yegua o un caballo castrado. En el caso de la yegua hay que tener en cuenta que pasa por periodos durante los cuales varía su temperamento debido a cambios hormonales. El caballo castrado se mostrará más constante.

Carácter: es un punto esencial en la selección del caballo. Debe cumplir con características de confiabilidad, predictibilidad y adaptabilidad.

Conformación: se debe tener en cuenta primordialmente que cumpla con un buen balance y simetría corporal, buena corrección estructural, buena textura muscular y una altura o alzada que sea acorde a los requerimientos de los pacientes.

Paso: debe cumplir con las características biomecánicas de ritmo, cadencia, tiempo y fuerza, con un paso uniforme y simétrico, específicamente cruzado o alterno.

Es muy importante el *análisis de la actividad* ya que nos permite seleccionar el caballo más adecuado para cada paciente según las necesidades obtenidas de la evaluación.

También se pueden utilizar otros elementos y actividades ecuestres, que complementan el abordaje, estas pueden ser actividades de alimentación e higiene del equino; preparación de equipo para la monta e incorporación de materiales tales como: aros, pelotas, rompecabezas, conos, banderines, cintas

de colores, colchonetas y canastos. Desde material de contacto táctil (arcilla, plastilina, masas, pintura), hasta de manejo propioceptivo – vestibular como: material suspendido (túneles, rampas, entre otros).

En base a todo lo anterior se formula un *plan de acción terapéutico* que nos aproxime a los resultados finales esperados. Se debe tener en cuenta que el plan formulado debe ser flexible, de manera que pueda adaptarse a las necesidades cambiantes de las personas.

Al comenzar el tratamiento en Terapias Ecuestres, el paciente atraviesa un período de adaptación hacia el terapeuta y el caballo, es fundamental este momento por las características particulares que presenta el encuadre en el que se desarrolla esta actividad. Se realiza un reconocimiento del espacio, del equipo de profesionales y se le presenta el caballo: se menciona el nombre, sus características, se lo acaricia, se lo peina, se lo cepilla, se lo alimenta.

Paulatinamente se va estableciendo un vínculo según la experiencia previa del paciente.

Una vez establecida esta relación triangular, entre paciente-caballo-T.O., de seguridad y confianza, la persona va permitiendo que el terapeuta lo ayude con los ejercicios en el lomo del caballo.

El caballo es un animal con un nivel sensorial y de instinto muy alto, es importante el reconocimiento que tiene el equino a través del olfato, junto con el terapeuta el paciente pone la mano cerca del caballo, para que este lo huelga y lo vaya conociendo.

La realización de ciertos ejercicios requiere de mucha confianza por parte del paciente en el caballo, en el terapeuta y en sí mismo. El uso de estos ejercicios debe ser parte de cada sesión de terapia hasta que adquiera total

confianza. Al afrontar sus temores y adquirir cada vez más obediencia por parte del caballo, el paciente desarrolla autoconfianza lo que es beneficioso para su autoestima.

La *frecuencia* con la que se realiza cada sesión debe ser al menos una vez por semana. La *duración* dependerá de las necesidades de la persona y de cómo responde al tratamiento.

El tiempo de sesión es de aproximadamente 60 minutos, durante los cuales la persona está sobre el caballo entre 15 y 40 minutos; la permanencia en el caballo depende de los objetivos y estrategias de la sesión, del clima, del paciente. En el tiempo restante se realizan los ejercicios de caldeoamiento y de relajación, antes y después de la monta respectivamente.

El tipo de abordaje generalmente es individual-grupal. Algunos profesionales recomiendan sesiones individuales en programa de hipoterapia, y grupales, en monta terapéutica y en equitación terapéutica.

Desarrollo de una sesión:

El primer momento es el de **caldeoamiento** y preparación para la actividad central, se realizan ejercicios o actividades específicas, las cuales acondicionan al paciente para el adecuado funcionamiento con el caballo.

Entre las actividades de precalentamiento podemos mencionar la preparación y colocación de la vestimenta adecuada del paciente y del equino, ejercicios de elongación y movilización en colchoneta. En ciertas ocasiones la preparación y colocación de la vestimenta pueden ser utilizadas como actividad central.

En este momento también se establece la comunicación con el caballo. Antes de comenzar a ser una pareja paciente –caballo, debe haber un contacto y una comunicación mínima en tierra. El caballo entenderá así el respeto mutuo y la confianza con el paciente; esto le permitirá tolerar las distintas situaciones o actividades que se llevarán a cabo, tales como un gesto brusco con la mano, una pelota sobre su cabeza, un objeto que roce sus extremidades o un grito.

El segundo momento es la **actividad propiamente dicha**, ésta responde al objetivo central de la sesión. En esta etapa se pone en marcha el alcance de los objetivos prediseñados, que, con base en estrategias y técnicas terapéuticas especializadas de intervención, nos permiten utilizar al caballo como medio, para la obtención de logros evidentes en el proceso de rehabilitación.

No siempre la monta es la actividad central. En ocasiones se trabaja en tierra, dependiendo del objetivo propuesto.

Algunas actividades complementarias enfocadas al cuidado y vínculo con el caballo que pueden ser adaptadas acorde a las habilidades del paciente son:

- Cepillado del caballo
- Limpieza de cascos
- Baño general
- Manejo del establo (distribución de alimentos, agua, limpieza)
- Aprendizaje acerca del comportamiento del caballo
- Trabajo a la cuerda (guiar al caballo desde el suelo).

Las tareas de higiene, cuidado del caballo y colocación del equipo de montar permiten un cambio importante en la vida de los pacientes: pasan de ser los cuidados a adquirir el rol de cuidador, de ser personas dependientes a ser capaces de cuidar a un animal más grande y más fuerte que ellos.

Es importante para las personas con síndrome de Down y Autismo que estas actividades se realicen siempre en el mismo orden, estableciendo una rutina. De esta manera se pueden automatizar los diferentes movimientos adquiriendo cierta autonomía en ésta tarea, beneficiando la autoestima y el autoconcepto.

Durante la higiene se potencia el respeto, el contacto y la manera adecuada de relacionarse con el caballo, trabajando las normas de seguridad pie a tierra.

Otros aspectos importantes sobre los que se puede intervenir mediante las actividades previamente mencionadas son los componentes motrices: coordinación gruesa, cruce de la línea media, lateralidad, integración bilateral, control motriz, praxias, coordinación motora fina/ destreza, integración visomotriz.

La *monta* se inicia con un acondicionamiento corporal al movimiento del caballo. Ambos (paciente y caballo) crean una atmósfera de seguridad y de apertura al trabajo terapéutico.

Las tres características del caballo ya descritas (la transmisión de su calor corporal, de impulsos rítmicos y el patrón de locomoción), se convierten en los tres principios terapéuticos en los que se basan las actividades ecuestres, que actúan en todo momento sobre el paciente.

A través de la monta se pueden trabajar los siguientes *componentes*:

El tono muscular puede normalizarse mediante la monta a través de los impulsos rítmicos que llegan al cerebro vía medula.

En pacientes con hipotonía el tono puede aumentarse incrementando el ritmo del paso del caballo. Se tratará de elegir un caballo de menor tamaño, de paso corto y rítmico. Los recorridos y postas pueden realizarse al trote.

Si el objetivo es normalizar el tono en pacientes con hipertonía, se utiliza un caballo más alto de paso largo y constante, que favorece la relajación muscular.

Las reacciones de equilibrio y enderezamiento y el control postural se pueden estimular a través del movimiento tridimensional del caballo. Además del estímulo que brinda el movimiento del animal, estas reacciones se pueden estimular a través de los siguientes ejercicios:

- En supino sobre el lomo del caballo.
- En prono sobre el cuello del caballo.
- En prono transversalmente al lomo del caballo.
- Sentarse transversalmente sobre el lomo del caballo y realizar

ejercicios libres con los brazos.

En los diferentes decúbitos se logra también proporcionar sensaciones táctiles y brindar estímulos a los músculos del tronco.

- Sentarse dirigiendo la mirada hacia la grupa y realizar ejercicios libres con tronco y brazos. Este ejercicio además provee estimulación a los músculos posteriores de tronco y miembros inferiores, ya que además de mantener el equilibrio debe sujetarse con las piernas.

Todos los ejercicios pueden realizarse con el animal en alto, o en movimiento.

- Realizar recorridos al paso y trote por caballetes, en zigzag, líneas, círculos, ochos, serpentinas, diagonales, etc.
- También pueden estimularse las reacciones de equilibrio manteniendo los brazos en posición horizontal, sin sostén de crines ni riendas.

La alineación postural se puede estimular mediante el control de los puntos proximales, cintura escapular y pélvica, que realiza el T.O. ubicado en piso o en una monta asistida o back-riding. Esto es de especial importancia en los pacientes con E.C.N.E. en los que frecuentemente se encuentra comprometida este componente.

Los beneficios del caballo actúan sobre estos pacientes favoreciendo: la normalización del tono a través del ritmo del animal, la relajación de los músculos aductores a través del efecto calorífico; la incorporación de un patrón de locomoción y movilidad pélvica a través del movimiento tridimensional.

Las actividades realizadas en Terapias Equestres constituyen una gran fuente de *estimulación sensorial* tanto vestibular, propioceptiva y táctil, así como visual, olfativa y auditiva, a través de los estímulos que brinda el entorno. Toda la estimulación sensorial constituye la base para el desarrollo de las habilidades motoras.

El andar a caballo proporciona constantemente estimulación propioceptiva, a su vez puede trabajarse a través de las descargas de peso en varias posiciones, o colocando peso en distintas partes del cuerpo para favorecer este sistema. Otra forma de brindar propiocepción es a través del

trote levantado, mediante el cual se realiza una descarga de peso y se activan grupos musculares de los miembros inferiores.

Los diferentes aires del caballo estimulan distintas estructuras del sistema vestibular. Mediante el trote se favorece un estado de alerta. En un paso lento, constante, se induce a la relajación.

Una importante estimulación vestibular se obtiene ubicando al paciente en posición prona arriba del caballo.

La estimulación del sistema vestibular mejora los procesos auditivos y del lenguaje, lo cual será beneficioso en pacientes con autismo que presenten dificultades en el habla.

Las funciones vestibulares y propioceptivas favorecen la normalización del tono muscular y el control postural. La estimulación del tacto es una fuente importante de seguridad y “confort táctil”, puede brindarse a través del contacto con el animal, su pelaje y calor.

Son numerosas las actividades que se pueden implementar para la estimulación de los componentes del desempeño durante la monta, teniendo en claro los *beneficios* del caballo y los *objetivos* del tratamiento. Algunas de ellas son:

- Realizando una rotación del tronco, ya sea apoyando la mano sobre el anca; levantando un bastón o aros en diferentes direcciones: por encima de la cabeza, a los lados y al frente, se estimulará la disociación de cinturas escapular-pélvica, y también se trabajará la normalización del tono muscular.

- A través de los juegos de lanzamiento y encestar pelotas en aros, se puede estimular: la integración bilateral, la integración visomotriz y el cruce de la línea media.

- Mediante la toma de riendas, o con otras actividades como colocación de broches en las crines del caballo o sobre un riel colocado a la altura del paciente, se trabajará la prensión fina, la coordinación visomotriz, praxias, entre otros componentes del desempeño.

Las actividades ecuestres también permiten trabajar funciones cognitivas como: atención, memoria, orientación temporo-espacial, iniciación y terminación de la actividad, secuenciación, resolución de problemas, entre otras. Se pueden realizar postas, estableciendo recorridos en el caballo, primero acompañado por el terapeuta y luego solo. Se puede complejizar la actividad colocando obstáculos, agregando materiales, aumentando el número de consignas a recordar, adaptando la actividad según la función sobre la que se desee intervenir.

Estas funciones también se pueden trabajar a través de las actividades en tierra como pueden ser: mediante el cuidado y la preparación del caballo para la monta y a través del trabajo a la cuerda.

Se puede intervenir en la organización conductual del paciente, mediante diversas actividades como la de higiene del equino, estableciendo pasos, un tiempo determinado y elementos estipulados.

En el abordaje de pacientes autistas se trabaja la modificación de la conducta, utilizando diferentes refuerzos extrínsecos, que son los premios y

reconocimientos que transmite el terapeuta. Cada paciente presenta características particulares en lo que respecta a la calidad de los refuerzos, los que para algunos pueden ser positivos, para otros les resulta totalmente lo contrario. Por eso es indispensable conocer bien a la persona, para determinar los refuerzos a utilizar para cada una en particular. Los refuerzos intrínsecos, es decir, los que surgen de la propia actividad o conducta que el paciente disfruta, son los más difíciles de promover y la monta nos brinda esta posibilidad, ya que permite disfrutar de muchos de los beneficios que brinda el caballo.

Las habilidades interpersonales se pueden estimular mediante actividades lúdicas grupales, como postas, lanzamientos, en las que se requiere respetar consignas, turnos, reglas de juego. La necesidad de comunicación verbal se extiende hacia los compañeros, estimulando la comunicación análoga y verbal.

Con estas actividades también se puede promover el trabajo en equipo, favoreciendo la realización de una tarea con un objetivo en común, como puede ser la higiene del equino.

Siguiendo el método de la doctora Citterio, otro aspecto a trabajar en Terapias Equestres es el esquema corporal a través de la *toma de conciencia* de las masas musculares ubicando al paciente en los diferentes decúbitos y proporcionando estímulos propioceptivos, mediante el contacto manual en miembros superiores e inferiores.

Se puede realizar un refuerzo en tierra de algunos aspectos trabajados arriba del caballo.

El tercer y último momento es el de la **relajación y cierre de la sesión**, por lo general la relajación se realiza arriba del caballo en los diferentes decúbitos, en algunos casos se pueden utilizar otras estrategias, como colchonetas.

Esta relajación puede lograrse disminuyendo el paso del caballo, utilizando técnicas de respiración, modulando los estímulos sensoriales. Inclinando el tronco hacia adelante el contacto corporal es casi total, por lo que se aprovecha el calor corporal, favoreciendo la relajación.

Se concluye la sesión despidiendo al equino, por lo general se lo alimenta.

A través de reuniones de equipo donde se trata cada caso, se evalúa si se alcanzaron o no los objetivos y se discute cuáles hay que modificar o redefinir. Se realizan reuniones periódicas con el paciente y/o la familia.

La familia desempeña un rol importante en el plan de intervención. En ciertos centros se dan tareas de refuerzo en la casa. También al finalizar la sesión se los puede invitar a compartir un momento con el paciente, a través de paseos o juegos.

Una vez que ha sido decidida el *alta* del tratamiento, puede sugerirse al paciente que continúe con equitación adaptada, realizando esta actividad con fines deportivos y lúdicos.

El proceso de alta se realiza a nivel de equipo Interdisciplinario teniendo en cuenta los objetivos alcanzados y la patología. Los cuadros clínicos en los que el tiempo de intervención sea más corto pueden ser problemas de aprendizaje o déficit de atención, pero en otros casos como en pacientes con E.C.N.E., síndrome de Down o Autismo el abordaje es a largo plazo. Frente a estas patologías el proceso de alta es diferente. Este tema se conversa periódicamente con la familia y/o paciente y se van adaptando y modificando los objetivos de tratamiento.

CONCLUSION

El abordaje del Terapeuta Ocupacional en Terapias Ecuestres permite la utilización del caballo, las actividades ecuestres y el entorno en las que éstas se desarrollan como herramientas terapéuticas.

La intervención está dirigida a mejorar el desempeño ocupacional logrando así una mayor autonomía y fundamentalmente a mejorar la calidad de vida de las personas.

A través de la realización de este estudio se estableció contacto con profesionales de diferentes Centros y Asociaciones de Terapias Ecuestres de nuestro país y del mundo, lo que nos permitió junto con la revisión de la literatura, conocer que el desarrollo de nuestra disciplina en esta área es reciente y que son pocos los T.O. que intervienen dentro del equipo de profesionales.

Consideramos esencial que los profesionales tengan la formación necesaria para desempeñarse en esta terapia, que requiere además de los conocimientos de diferentes modelos o marcos de referencia, que se introduzcan y profundicen en materia ecuestre, como así también experiencia hípica.

El modelo de Neurodesarrollo y la Teoría de Integración Sensorial son los más comúnmente utilizados por los T.O. en este abordaje. También se utilizan modelos propios de Terapias Ecuestres como el método Daniele y el modelo de Psicoterapia Asistida con Caballos desarrollado por Equine Assisted Growth and Learning Association (E.A.G.A.L.A.). Algunos centros trabajan en

Psicoterapia Asistida utilizando la metódica, desarrollada por el Neuropsicólogo Gustavo Palomino Gómez (G.P.G.).

Actualmente en nuestro país la formación en materia ecuestre es brindada a través de cursos dictados por asociaciones, como la Asociación Argentina de Actividades Ecuestres para Discapacitados (A.A.A.E.P.A.D.) y la Asociación Argentina de Equinoterapia (A.A.D.E.); no existiendo formación de carácter terciario o universitario.

Cabe destacar la importancia en este campo del trabajo coordinado de un equipo interdisciplinario. Esto permitirá la construcción de un nuevo conocimiento así como de una experiencia y un lenguaje que es fruto de un abordaje compartido de los conflictos y las situaciones problemáticas que puedan surgir durante el proceso de intervención. De esta manera cada disciplina aporta a la construcción del todo desde su propia especificidad.

Los profesionales que podrían integrar el equipo de trabajo de un proyecto de Terapias Ecuestres son: terapeuta ocupacional, psicólogo, kinesiólogo, médico, trabajador social, psicopedagogo, fonoaudiólogo, equinoterapeuta, instructor de equitación, veterinario.

Los *aportes de Terapia Ocupacional en Terapias Ecuestres* están principalmente orientados a:

- Analizar y modificar el entorno y los recursos materiales de acuerdo con las necesidades de los pacientes. La intervención en el entorno está dirigida a diseñar el espacio para que sea accesible y sin barreras arquitectónicas que impidan el acceso o desplazamiento; estructurar y

señalizar las distintas zonas; organizar y ordenar el material ecuestre para facilitar su uso.

- Evaluar al paciente a fin de detectar las capacidades y limitaciones y su influencia sobre el desempeño ocupacional (áreas, componentes y contexto). Se inicia con una entrevista y observación del funcionamiento ocupacional, luego se aplica una batería de evaluaciones en base a los modelos o marcos de referencia utilizados para abordar cada caso.

- Detectar los problemas y necesidades, en base al análisis e interpretación de los datos recabados de la evaluación, con la intención de plantear los objetivos de tratamiento. Posteriormente define los métodos, estrategias y procedimientos de tratamiento. El medio terapéutico fundamental es el caballo, también otros elementos y actividades ecuestres complementan el abordaje.

- Elaborar e implementar el plan de tratamiento; desarrollado en los tres momentos de la sesión, caldeamiento, actividad propiamente dicha y relajación.

Teniendo en claro los principios terapéuticos del caballo (transmisión de su calor corporal, de impulsos rítmicos y el patrón de locomoción), y los objetivos del tratamiento, son numerosas las actividades ecuestres que se pueden implementar para la intervención en los componentes de desempeño tanto en tierra como durante la monta.

El análisis de actividad en Terapias Ecuestres permite identificar las tareas y requerimientos de las mismas, a fin seleccionar el caballo y la

actividad apropiada para el logro de los objetivos de tratamiento en base a las necesidades y características del paciente.

En la sesión terapéutica, se puede favorecer y entrenar al paciente en la formación y realización de hábitos de la vida diaria, mediante actividades de alimentación, higiene y cuidado del equino. El T.O. estimula la independencia y provee adaptaciones para favorecer la autonomía de la persona, con el fin de que pueda trasladar lo aprendido a su vida cotidiana.

- Planificar junto al resto del equipo interdisciplinario el alta del tratamiento teniendo en cuenta los objetivos alcanzados y la patología del paciente. Puede sugerirse continuar con equitación adaptada, realizando esta actividad con fines deportivos y lúdicos.

Las patologías más frecuentemente abordadas en estas terapias son: E.C.N.E., Autismo y síndrome de Down. Teniendo en cuenta que en dichas entidades clínicas pueden estar comprometidos los aspectos físicos, psicológicos, educativos y sociales del paciente es necesario un abordaje integral. Desde la rehabilitación ecuestre se puede brindar esta posibilidad, permitiendo afianzar las capacidades que tiene la persona, y ofreciendo un complemento a los tratamientos tradicionales.

Las competencias técnicas del T.O le permiten realizar el análisis de estas actividades, adaptarlas y adecuarlas a cada paciente y de este modo poder implementarlas con un propósito terapéutico, incidiendo en todas las dimensiones del sujeto e interviniendo en las tres grandes áreas ocupacionales.

Teniendo en cuenta los resultados hallados se pone en manifiesto la importancia de incluir al Terapeuta Ocupacional dentro del equipo de profesionales en Terapias Ecuestres; el cual a través de su práctica profesional promueve el desarrollo de habilidades y destrezas para mejorar el desempeño ocupacional y la adaptación al medio social de la persona.

Bibliografía:

- Alessio, C; et.al. Taller de estimulación cognitiva para pacientes esquizofrénicos”, Tesis de grado para optar al título de Lic. En Terapia Ocupacional., Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social, Mar del Plata.2007.
- Ayres, J. “La integración sensorial y el niño”, México Editorial Trillas. 1998. 226 p.
- Bazzi G. V. “La equinoterapia, un recurso invaluable” Un equipo especial da a cada chico la mejor recuperación. Diario La Nación 08, Enero 2007 P.13.
- Bobath K. “Base neuropsicológica para el tratamiento de la Parálisis Cerebral”.2º Edición. Madrid Editorial Médica Panamericana 2000. 134 p.
- Curso de Equinoterapia de la Asociación Argentina de Actividades Ecuestres para Discapacitados: Nivel Introductorio, Primer nivel y Segundo nivel. 2004. Actas. Hipódromo Argentino de Palermo. 2004.
- Curso de Intervención Psicoterapéutica en Autismo y T.G.D. Módulo 1. Abril-Julio 2009. Actas. Mar del Plata Centro Asistencial Psicoterapéutico en Síndrome Autista (C.A.P.S.A,) 2009.
- Del Biaggio M; et.al ” Rol del Terapista ocupacional en un equipo de rehabilitación cognitiva”. Monografía curso de neuropsicología cognitiva. Sociedad Argentina de Geronto Neuropsiquiatria. Bs As 2000.
- “El Cisne” Discapacidad, Educación, Rehabilitación. Buenos Aires. Ediciones Graficas especiales. 1990. Mensual.

- Erhardt R. "Discapacidades del desarrollo" En Hopkins H. y Smith H. Willard/ Spackman: "Terapia Ocupacional". 8º edición. Madrid. Editorial Médica Panamericana. 2001. P. 419-502.
- Glaser, B y Struss, A. "El desarrollo de la teoría fundada". Chicago, Illinois, Editorial Paidós. 1967. 300p.
- Gross Naschert, E. "Equinoterapia: La rehabilitación por medio del caballo". México D.F. Editorial Trillas. 2000. 125 p.
- Merrill, S. y Mulligan, S. "Disfuncion neurológica en los niños".
- Poc, A; et.al. "Delfinoterapia" ¿Nuevo recurso terapéutico en Terapia Ocupacional? Tesis de grado para optar al título de Lic. En Terapia Ocupacional. Directora: Oudshoorn, S. Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Mar del Plata. Año 2003. 113 p.
- Pettinato N, Yañez Nor, N. "Encuentro T.O- animal-paciente ¿es terapéutico?". Tesis de grado para optar al título de Lic. En Terapia Ocupacional. Directora: Oudshoorn, S. Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social, Mar del Plata. 2007. 118p.
- Pichot, Pierre. "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV". Barcelona. Editorial MASSON, S.A. 1995. 894 p.
- Polonio López B. "El proceso de Terapia Ocupacional en personas con disfunciones físicas. Fases del proceso y puntos clave para el terapeuta ocupacional. En "Terapia Ocupacional en Discapacitados físicos: Teoría y práctica. 3º edición, Madrid. Editorial Médica Panamericana, 2003. P.39-59.
- Polonio López B, et al. "Conceptos fundamentales de Terapia Ocupacional". Madrid. Editorial Médica Panamericana. 2001. 339 p.

- Primer Congreso Argentino de Equinoterapia: 1º, (1-3, agosto 2005). Buenos Aires, Actas. Sociedad Rural, Buenos Aires. 2005.
- Rodríguez Felder M, "Los animales y su poder terapéutico". Bs. As. Editorial Grulla. 2005. 93p.
- Schwartzberg, S. "Instrumentos de practica" En Hopkins H. y Smith H. Willard/ Spackman: "Terapia Ocupacional". 8º edición. Madrid. Editorial Médica Panamericana. 2001. P. 269-353.
- Trombly C.A. et al. "Adaptación de la actividad" En "Terapia Ocupacional para enfermos incapacitados físicamente", México D.F. Editorial La prensa médica mexicana. 1990. P 308-313.
- "Zoorisas": Una experiencia animal para la felicidad. Buenos Aires. Editorial Agencia periodística CID. 2008. Bimestral.

Bibliografía electrónica:

- Asociación Andaluza de Equitación Terapéutica “El Caballo Ayuda”. 1996 [en línea], <<http://www.elcaballoayuda.org/Pagina%20indice.htm>> [10, Abril 2010]
- Bazzi G. V. 2000. Fundación Argentina Científica Establo Terapéutico (F.A.C.E.T.), [en línea] <http://www.establoterapeutico.org/system/contenido.php?id_cat=16> [22, Mayo 2010].
- Bonilla Lara C, 2004 “Terapia Asistida con animales fuente de recurso para el Terapeuta Ocupacional”, [en línea] <<http://www.://terapiaocupacional.com/articulos/CanHotel.shtml>> [11, Enero 2010].
- Bustingorry, Sonia; et.al. “Investigación cualitativa en educación. Hacia la generación de teoría a través del proceso analítico“. Estudio pedagógico. v.32 n.1 Valdivia 2006. [en línea] <http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s071807052006000100007&script=sci_arttext> [19, Agosto 2010].
- Cabeza Sánchez, A. 2005. “Terapia Ocupacional y daño cerebral adquirido. Conceptos básicos.” [en línea] <<http://www.revistatog.com/num2/num2art4.htm>> [3, Junio 2010].
- Canosa Domínguez, N. et al. “Terapia Ocupacional. Importancia del contexto.” [en línea]. Terapia Ocupacional.com; el portal español de Terapia Ocupacional

<http://www.terapiaocupacional.com/articulos/Terapia_ocupacional_importancia_del_contexto.shtml> [20, Febrero 2010].

- Cardo Melissa (Alumna), Dra. María Verónica Brasesco (Dirección) “El niño y el caballo desde una perspectiva” (Trabajo de integración final, USA). 2009, [en línea] <http://www.salvador.edu.ar/psi/publicaciones/21/cardo.pdf> [23, Septiembre 2010].

- Citterio Daniele Nicolas “El ejercicio de la neuromotricidad en el cuadro de la hipótesis de rehabilitación neuroevolucionista” [en línea] http://www.sld.cu/.../pdf/.../el_ejercicio_de__neuromotricidad_en_el_cuadro_de_la_hipotesis_de_rehabilitacion_neuroevolucionista.pdf [3, Septiembre 2010].

- Eusebio, C; et.al. Neuroeducación en el aula. Trabajo Libre Congreso Internacional de Psicopedagogía. IV Jornadas de Actualizaciones Psicopedagogicas. V Jornada de Psicopedagogía Laboral. Argentina. 2008. <http://www.uca.edu.ar/esp/sec-fpsicologia/esp/docs-institucional/congreso-2008/aprendizaje-4.pdf> [consulta: 18 Junio 2010]

- Fundación Centro Ecuestre “Sin Limites”. 2000 [en línea], <<http://www.centrosinlimites.org/Equinoterapia/equinoterapia.html>>, [10, Abril 2010]

- Fundación de Equinoterapia de San Luis. 2007 [en línea], <<http://www.equinoterapiasl.org.ar/>> [10, Abril 2010].

- González Otero, Y. et.al. La Neuropsicología: una realidad que emerge y se hace necesaria. Revista Infociencia Volumen: 8 Número: 4. 2005. <http://www.magon.cu/reports/rptPublish.asp?topic=260> [consulta 2 Julio 2010]

- Hernandez Espeso Nazaret “Terapia Ocupacional y Terapias Ecuestres; el papel del Terapeuta Ocupacional utilizando un caballo como herramienta de intervención”. Revista informativa de la Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales. Valencia 2007. <<http://www.dialnet.unirioja.es/servlet/articulo>> [19, Septiembre 2010]
- March of Dimes Foundation, 2009, [en línea] <http://www.nacersano.org/centro/9388_9974.asp> [29, Abril 2010].
- Muñoz Quezada, M. “Autismo Infantil: Desarrollo y Sugerencias para su Intervención Educativa”. Talca, Chile. [en línea] <http://www.monografias.com/trabajos15/autismo-infantil/autismo-infantil.shtml>> [15, Mayo 2010]
- Oropesa Roblejo P, et. al. 2009 [PDF] [en línea]. <http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_6_09/san15609.htm> [11, Enero 2010].
- Oudshoorn, S. et. al. “Terapia Asistida con Animales” [en línea] <<http://podemosasociacioncivil.blogspot.com/2008/12/terapia-asistida-con-animales.html>> [28, Marzo 2010].
- Psicopedagogía.com. “Modificación de conducta” [en línea], <<http://www.psicopedagogia.com/modificacion-de-conducta>> [29, Mayo 2010].
- Revista ALUNA: “Educación Especial” CHILE, 2009 [en línea], <<http://www.aluna.org.co/revistas/revista-aluna-24.pdf>> [28, Agosto 2010].
- Rivadeneira, C. et al. “¿Por qué muchos pacientes eligen Terapia Cognitivo-Conductual?” [en línea] <<http://www.cognitivoconductual.org/content.php?a=38>> [3, Junio 2010].
- Sánchez, C. 2007. “La Equinoterapia”. [en línea], <<http://tutoriacatalinasanchez.blogspot.com/>> [10, Diciembre 2009]

- Terapias Equestres, La Lujanita (2005-2010) [en línea],
<<http://www.lalujanita.com.ar/>> [22, Octubre 2009]
- Universidad Nacional de Mar del Plata, [en línea]
<<http://www2.mdp.edu.ar/index.php?key=618>> [18, Junio 2010].

ANEXOS

Anexo 1: Método de análisis cualitativo

TEORÍA FUNDAMENTADA

Tiene sus inicios en 1967 con los trabajos de Glasser y Strauss. Desde los autores, esta teoría contribuiría a cerrar la brecha entre la teoría y la investigación empírica. Al apoyarse teóricamente en el interaccionismo simbólico y en la sociología cualitativa, se constituiría en una alternativa a las teorías funcionalistas y estructuralistas.

La teoría fundada se describe como un modo de hacer análisis. De la Cuesta (1998) siguiendo a Strauss, considera que su objetivo es el de generar teoría a partir de textos recogidos en contextos naturales y sus hallazgos son formulaciones teóricas de la realidad. Según Sandoval (1997), la teoría fundada: es una Metodología General para desarrollar teoría a partir de datos que son sistemáticamente capturados y analizados; es una forma de pensar a cerca de los datos y poderlos conceptualizar. Aun cuando son muchos los puntos de afinidad en los que la teoría fundamentada se identifica con otras aproximaciones de investigación cualitativa, se diferencia de aquellas por su énfasis en la construcción de teoría.

El método de la teoría fundamentada es el de *Comparación Constante*, que connota, como dice Sandoval, una continua revisión y comparación de los datos capturados para ir construyendo teoría de la realidad.

Strauss (1970), define sus procedimientos básicos en: Recogida de datos, codificación y reflexión analítica en notas. Para elaborar la teoría, es fundamental que se descubran, construyan y relacionen las categorías

encontradas; estas constituyen el elemento conceptual de la teoría y muestran las relaciones entre ellas y los datos.

Los datos se recogen con base en el *muestreo teórico*, el cual, a decir Glasser y Strauss (1967), es el medio o sistema por el que el investigador decide con base analítica, que datos buscar y registrar. Por ello, la recogida de datos en la investigación etnográfica se debe guiar por una teoría de diseño emergente, pues estos escenarios y medios pueden ir cambiando en la medida que va apareciendo nueva información.

MUESTRO TEORICO

Se refiere a los entrevistados o hechos a observar en la estrategia de investigación. Esto significa que los individuos que serán entrevistados, o hechos a observar, son considerados como aquellos que, en forma suficiente, pueden contribuir al desarrollo de la teoría para lo cual se realiza el trabajo en terreno.

Se inicia el proceso, seleccionando y estudiando una muestra homogénea de individuos, hechos o situaciones, para posteriormente, cuando la teoría empiece a perfilarse, ir a una muestra heterogénea, la cual permitirá confirmar o descartar las condiciones que están siendo utilizadas para desarrollar las proposiciones iniciales Mella (2003).

SATURACION TEORICA

Esta estrategia metodológica del Método de Comparación Constante (MCC), acerca a los investigadores a la posibilidad de verificación, sin apartarlos del objetivo central que es la generación de teoría.

Según lo afirmado en relación al muestreo teórico, si el investigador adopta el MCC, no podrá usar otro criterio para fijar el tamaño muestral sino el de saturación y el tamaño deberá ser incrementado hasta que se logre el nivel de saturación. Así, el muestreo teórico no tiene un tamaño definido por cálculos probabilísticos, sino por criterios teóricos de saturación de las categorías investigadas, vale decir, hasta cuando el dato adicional que se recolecta, no agrega información significativa a lo que ya se tiene.

CODIFICACION Y CATEGORIZACION: CLARIFICACION CONCEPTUAL

La categorización, hace posible clasificar conceptualmente las unidades que son cubiertas por un mismo tópico. Las categorías soportan un significado o tipo de significado y pueden referirse a situaciones, contextos, actividades, acontecimientos, relaciones entre personas, comportamientos, opiniones, sentimientos, perspectivas sobre un problema, métodos, estrategias, procesos, etc.

La codificación, en cambio, es la operación concreta por la que se asigna a cada unidad un indicativo (código) propio de la categoría en la que se considera incluida. Los códigos, que representan a las categorías, consisten, por tanto, en marcas que añadimos a las unidades de datos, para indicar la categoría a que pertenecen. Estas marcas pueden tener un carácter numérico o visual (colores), haciendo corresponder cada número o color con una categoría concreta, aunque es más frecuente utilizar palabras o abreviaturas de palabras con las que se han etiquetado las categorías.

En síntesis, categorización y codificación son, por tanto, actividades que giran en torno a una operación fundamental: la decisión sobre las asociaciones de cada unidad a una determinada categoría.

Las categorías utilizadas en este estudio para el análisis cualitativo de los datos son:

- Dispositivos

- Formación

- Cuadros clínicos

- Evaluación

- Equipo interdisciplinario

- Criterios de elección del equino

- Tipo de abordaje

- Alta

Anexo 2: Instrumento:

Entrevista semiestructurada dirigida a Terapistas Ocupacionales que se desempeñan en Centros de Terapias Equestres.

Información de la institución:

Nombre:

Fecha de creación:

Patologías con las que se trabaja ¿Cuáles son las más frecuentes?

Objetivos:

Equipo de trabajo:

Área de T.O.:

1. ¿Desde cuándo se desempeña como T.O. en Terapias Equestres?
2. ¿Cómo se formó para trabajar en esta área?
3. ¿Qué modelos y/o marcos de referencia utiliza para su intervención?
4. ¿Qué instrumentos de evaluación utiliza?
5. ¿Como implementa el Análisis de actividad?
6. ¿Con qué objetivos se trabaja?
7. ¿Cómo organiza la sesión?
8. ¿Qué materiales utiliza para el tratamiento?
9. ¿Se trabaja abajo del caballo? De ser así ¿Cómo?
10. Tratamiento individual- grupal.
11. ¿Qué lugar ocupa la familia en el tratamiento?
12. ¿Cómo se implementa el proceso de alta?



UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL
D. FUNES 3350 -- TEL/FAX: 0223- 4752442.

Jurado:

✓ lic. CORBONNIER, Dra. José

✓ lic. OUDSHOORN, Silvana.

✓ lic. TREVIN, Marta

Fecha de Defensa: 03/12/2010

Nota: 8 (OCHO)