



Sede Rosario

TESINA

**Presentada para acceder al título de grado de la
carrera de**

LICENCIATURA EN TERAPIA OCUPACIONAL

**Título: “Abordaje de Terapia Ocupacional en los procesos de
habilitación y/o rehabilitación en niños/as con Encefalopatía Crónica
No Evolutiva (ECNE) en intervenciones asistidas con caballos”**

Autor/es:

Ormaechea, Alberto. DNI: 39.838.247

Director/a

Lic. Ormaechea Vitali, Sabrina.

Fecha de Presentación:

02/05/2023.

Firma/s de Autor/es

A handwritten signature in blue ink, which appears to read 'Ormaechea', is written over a horizontal line. The signature is stylized and cursive.

Resumen.

La presente investigación tiene como objetivo conocer y describir el abordaje de Terapia Ocupacional en el proceso de habilitación y/o rehabilitación en niños/as con (ECNE), utilizando las intervenciones asistidas con caballos (IACC). El mismo es un estudio cualitativo – exploratorio – descriptivo. Para llevarlo a cabo se realizaron entrevistas semiestructuradas a cinco Lic. en Terapia Ocupacional. Los/las entrevistados/as debían cumplir con ciertos requisitos como: trabajar o haber trabajado en IACC y haber intervenido en niños/as con ECNE dentro de las mismas.

La elección del tema investigado surge a partir de que existe una escasa cantidad de producción científica de Terapia Ocupacional e Intervenciones Asistidas con Caballos (IACC), específicamente en lo que respecta a patologías de carácter neurológico como la ECNE. Por lo cual se tiene poca información de su intervención en este tipo de prácticas, desconociéndose lo que la disciplina puede aportar.

Es por esto que radica la importancia de conocer los alcances de la Terapia Ocupacional en esta área y reconocer el quehacer del terapeuta ocupacional en el proceso de intervención. Teniendo en cuenta que esta es una disciplina de carácter transversal que busca trabajar de manera integral los aspectos tales como físicos, sensoriales, sociales, emocionales, cognitivos. y cómo estos influyen en el desarrollo en las actividades de la vida diaria, juego, educación, etc. Por lo cual el objetivo de esta investigación es describir el proceso de Terapia Ocupacional en las Intervenciones Asistida Con Caballos en niños/as con ECNE. A través de la producción de conocimiento no solamente se contribuiría a nivel teórico, sino que podría implicar aportes a la práctica de la profesión y a distintas propuestas de acción.

Entendiendo que este proceso está compuesto por diferentes etapas, siendo estas la evaluación, la intervención y los resultados. Cabe destacar que las IACC van a tener un carácter interdisciplinario, por lo cual cada profesional que compone el equipo participa en el proceso de elaboración y el diseño del plan de intervención.

Palabras claves: Encefalopatía Crónica No Evolutiva “ECNE”, Intervenciones Asistidas Con Caballos, Abordaje de la Terapia Ocupacional.

Índice:

I.	Introducción.....	pág. 1
II.	Objetivos.....	pág. 4
III.	Marco teórico.....	pág. 5
	a. Encefalopatía Crónica No Evolutiva “ECNE”.....	pág. 5
	b. Intervenciones Asistidas con Animales “IACA”.....	pág. 9
	I. Intervenciones Asistidas con Animales “IACA”.....	pág. 9
	II. Intervenciones Asistidas con Caballos “IACC”.....	pág. 10
	III. Clasificación de las IACC.....	pág. 11
	c. Principios terapéuticos de la monta y beneficios de las IACC.....	pág. 12
	d. Efectos terapéuticos de la IACC.....	pág. 18
	e. Terapia Ocupacional.....	pag.23
	f. Abordaje de la Terapia Ocupacional en IACC en niños/as con ECNE.....	pág. 26
	g. Ejemplo de una sesión de IACC.....	pág. 33
IV.	Justificación.....	pág. 36
V.	Metodología.....	pág. 37
VI.	Resultados.....	pág. 40
VII.	Discusión.....	pág. 56
VIII.	Conclusión.....	pág. 72
IX.	Referencias bibliográficas: ...	pág. 78
X.	Anexos.....	pág. 82

I. Introducción.

La presente investigación tuvo como objetivo describir el abordaje de Terapia Ocupacional en los procesos de habilitación y/o rehabilitación en niños/as con Encefalopatía Crónica No Evolutiva (ECNE) en Intervenciones Asistidas Con Caballos (IACC).

Hurtado (2007) señala que una de las causas más frecuentes de discapacidad dentro de la población infantil es la ECNE. Heredia (2020) la define como un grupo de trastornos que aparece en la primera infancia y persiste toda la vida. Dentro de este grupo, se encuentran afecciones como trastornos del desarrollo del movimiento y de la postura, que causan limitación en la actividad y son atribuidos a alteraciones no progresivas que ocurren en el cerebro u otra estructura del encéfalo en desarrollo del feto o del niño/a pequeño/a; el trastorno motor se acompaña con frecuencia de alteraciones de la sensibilidad, cognición, comunicación, percepción, comportamiento y/o crisis epilépticas. Hurtado (2007) recomienda iniciar terapias en etapas agudas de la lesión para aprovechar la plasticidad cerebral del niño/a y así evitar complicaciones musculoesqueléticas.

Gómez Bonachía (2015) menciona que las IACC resulta un método útil para la habilitación y/o rehabilitación de niños/as con ECNE. Según Ormaechea (2022) son entendidas como:

prácticas que utilizan las cualidades del caballo y su entorno natural desde una perspectiva terapéutica que favorecen la habilitación y/o rehabilitación del individuo. Integran elementos vinculados a las áreas de salud, educación y equitación; en un abordaje interdisciplinario que procura el bienestar.

Ormaechea (2022) menciona que las IACC requieren de un abordaje interdisciplinario, en las cuales pueden intervenir psicólogos, kinesiólogos, psicopedagogos, terapeutas ocupacionales, fonoaudiólogos, acompañantes terapéuticos, personas pertenecientes al mundo ecuestre, entre otros. La interdisciplina es entendida como la construcción de un nuevo saber, de un nuevo espacio para

generar conocimientos y acciones. Todas las disciplinas que participan realizan sus aportes, no es simplemente la yuxtaposición de saberes, sino la construcción conceptual del problema, su abordaje y su resolución.

Como se mencionó, la terapia ocupacional puede formar parte del equipo interdisciplinario. Flores et al. (2018) señalan que esta disciplina abarca de manera integral a la persona, incluyendo en los procesos de intervención el contexto en el cual está sumergida. Teniendo en cuenta las relaciones interpersonales, los aspectos motores, sensoriales y emocionales, considerando todo tipo de influencias que interfieren en la ocupación y en la participación en el ámbito social. Por lo tanto, no solo se enfocará en recuperar una funcionalidad física, sino en cómo esa problemática de salud impacta en el desarrollo de su participación, en las actividades de la vida diaria, juego, educación, ocio y tiempo libre.

Es decir que la Terapia Ocupacional y las IACC comparten la mirada integral de la persona desde un enfoque holístico, beneficiando al bienestar y el compromiso en las ocupaciones. Cerdone et. al. (2020) mencionan que los profesionales de Terapia Ocupacional tienen una visión holística, consideran los factores que apoyan o limitan la participación en las ocupaciones.

El abordaje, según el marco de trabajo (2010), es entendido como: “el proceso de terapia ocupacional”, el mismo representa el modo en que los profesionales de esta disciplina, ponen en práctica sus conocimientos para proporcionar servicios a las personas que lo requieran. Este se divide en tres etapas: plan de intervención, implementación, y revisión. Durante este proceso, los datos obtenidos en la evaluación se integran con teorías, modelos de práctica, marcos de referencia, y evidencia. Esta información guía el razonamiento clínico del profesional, independientemente de su disciplina.

Flores et. al. (2018) mencionan que la Terapia Ocupacional puede utilizar a la IACC como un método terapéutico en el tratamiento de los niños/as con ECNE. Para ello es preciso identificar el abordaje de la misma, la cual se caracteriza por ser una disciplina integral, que aborda a la persona en este caso un niño/a como un todo y no como el conjunto de la suma de sus partes. No obstante, los mismos autores mencionan que persiste la visión de que las IACC se centran en el componente físico, considerando que otras disciplinas del área de la salud como la kinesiología responden de forma más efectiva a estas problemáticas. Los autores mencionan que por estos motivos el abordaje de la Terapia Ocupacional no toma protagonismo y se desconoce

su intervención en este tipo de prácticas, ignorando lo que esta disciplina puede realizar.

Es por esto que radica la importancia de realizar esta investigación, con el objeto de conocer el abordaje de la Terapia ocupacional en esta área y reconocer el quehacer del terapeuta ocupacional en el proceso de intervención.

Se considera relevante identificar y describir el abordaje de la Terapia Ocupacional en esta área y población. Por lo cual, surge la necesidad de responder al siguiente interrogante: ¿Cómo es el abordaje de Terapia Ocupacional en los procesos de habilitación y/o rehabilitación en niños/as con ECNE, en las intervenciones asistidas con caballos?

II. Objetivos.

a. Objetivo general.

Describir el abordaje de Terapia Ocupacional en el proceso de habilitación y/o rehabilitación en niños/as con ECNE, utilizando las intervenciones asistidas con caballos

b. Objetivos específicos

- i. Describir el proceso de evaluación, intervención y resultados de Terapia Ocupacional en niños/as con ECNE que participan en IACC.
- ii. Identificar posibles intervenciones de Terapia Ocupacional en diferentes áreas de desempeño en niños/as con ECNE que participan en IACC.

III. Marco Teórico.

A. Encefalopatía Crónica No Evolutiva “ECNE”

I. Definición

Macías (2002) menciona que la Encefalopatía Crónica No Evolutiva (ECNE) es un conjunto de trastornos neuromotores, de carácter crónico, no progresivos, debidos a una lesión o defecto en el desarrollo del encéfalo inmaduro. Estas lesiones, pueden ocurrir por factores prenatales (durante la gestación), perinatales (durante el parto) o postnatales, (después del nacimiento hasta 3 o 5 años de vida). Constituyen la causa más frecuente de discapacidad motora en la población infantil. El mismo autor indica que se caracteriza por alteraciones en los sistemas neuromusculares, musculoesqueléticos y sensoriales. Además, puede estar asociado con dificultades de aprendizaje, en el habla, trastornos auditivos, epilepsia, alteraciones perceptivas, visuales, entre otros.

Muñoz (s/f) describe que la población con esta patología, presenta una debilidad o dificultad en la utilización de los músculos, que se manifiesta con alteraciones en el control del movimiento, el tono muscular y la postura. No existe una ECNE típica; ya que las causas, dificultades, aspectos clínicos y la gravedad varían de unas personas a otras. Esto dependiendo de la estructura y función del cerebro en el momento y lugar de la lesión. Las alteraciones del tono y la postura pueden cambiar en circunstancias relacionadas al crecimiento y desarrollo del niño.

II. Etiología.

Macías (2002) ha estimado una incidencia mundial de ECNE de 2 a 2,5 por 1000 recién nacidos vivos con escasa variación entre países desarrollados, y leve mayor frecuencia en países en desarrollo. Según la misma autora hay tres períodos en función de la etapa de la lesión, y dentro de cada período se distinguen diferentes causas.

Periodo Prenatal: La etiología prenatal es la más frecuente, puede estar causado por factores maternos; como: alteración en la coagulación, enfermedades autoinmunes, hipertensión arterial etc; Infecciones intrauterina: Traumatismos, Intoxicaciones, disfunciones en la tiroides, etc; Alteraciones en la placenta: trombosis

tanto del lado materno como el fetal, infecciones, cambios vasculares, etc; y factores fetales como: gestación múltiple, retraso en el crecimiento intrauterino, malformaciones, etc.

Periodo Perinatal: puede estar causado por: prematuridad, bajo peso, fiebre materna durante el parto, infecciones en el SNC o sistémica, hipoglucemia mantenida, hiperbilirrubinemia, hemorragia intracraneal, traumatismo, etc.

Periodo Postnatal: Ocurrida en menos del 10% de los casos, puede deberse por: infecciones (meningitis, encefalitis), traumatismo de cráneo, estados convulsivos, paro cardio-respiratorio, intoxicación, deshidratación grave.

III. Clasificación según el tipo de manifestación.

ECNE Espástica: según Macías (2002) es el resultado de una lesión en la corteza motora o proyecciones hacia sustancia blanca de las áreas sensoriomotrices corticales. Muñoz (sf) Menciona que se caracteriza por un aumento excesivo del tono muscular (hipertonía), acompañado de un elevado grado de rigidez muscular (espasticidad), lo que provoca movimientos exagerados y poco coordinados, especialmente en las piernas, los brazos y/o la espalda.

ECNE Atetósica o Discinética: Macías (2002) Menciona que está asociada a una lesión en los ganglios basales y sus conexiones con la corteza prefrontal y premotora. Principalmente el tono muscular se encuentra afectado, pasando de estados de hipertonía (elevado tono muscular) a hipotonía (bajo tono muscular).

Muñoz (sf) expresa que el niño no puede graduar la actividad antagonista y sinérgica durante el movimiento, por lo que provoca dificultades para el mismo en la coordinación de las manos y de los brazos; las piernas y los pies, lo que dificulta la postura al sentarse y al caminar. En algunos casos, también afecta a los músculos de la cara y la lengua, lo que explica las muecas involuntarias y el babeo. La descoordinación también puede afectar a los músculos del habla, dificultando la articulación de las palabras. En las situaciones de estrés emocional, disminuye la capacidad para controlar los movimientos. Durante el sueño el tono muscular se encuentra normal. Por lo general la inteligencia no se encuentra alterada y hay alta incidencia de trastornos neuro-sensoriales. Puede presentar una tendencia hacia la subluxación o dislocación de las articulaciones de mandíbula, hombros, cadera y dedos.

En la ECNE Discinética según lo que expresa Muñoz (s/f) se le suma a la

Atetósica una afección en el sistema extrapiramidal. Se caracteriza por desarrollar, además de la alteración del tono y de la postura, movimientos involuntarios incontrolados, recurrentes y estereotipados, que producen una acentuada dificultad para la realización de movimientos voluntarios.

ECNE Atáxica: Macias (2002) Expresa que es el resultado de una lesión en el cerebelo. Dado que el cerebelo se conecta con la corteza motora y el mesencéfalo, a menudo aparece en combinación con espasticidad y atetosis.

Muñoz (s/f) menciona que la misma se caracteriza por una marcha defectuosa, con dificultades en el equilibrio, y por la descoordinación de la motricidad fina, que dificultan los movimientos rápidos y precisos. Se pueden manifestar temblores de intención, es decir, al comenzar algún movimiento voluntario, como tomar un objeto, se produce un temblor en la parte del cuerpo implicada, en este caso la mano. El temblor empeora a medida que se acerca al objeto deseado. Hay Disminución de los reflejos osteotendinosos y de la sensibilidad.

ECNE Hipotónica: Macias (2002) menciona que en la mayoría de los casos, la hipotonía es la primera fase de evolución hacia otras formas ECNE. Se caracteriza por una disminución del tono muscular y de la capacidad para generar fuerza muscular voluntaria, y por excesiva flexibilidad articular e inestabilidad postural.

Muñoz (s/f) señala que también se encuentra la "ECNE mixta", la cual se presenta como una combinación de algunas de las anteriores, especialmente, de la espástica y la atetósica.

IV. Clasificación según Extensión.

En primer lugar, es importante diferenciar los términos "paresia" y "plejia". La paresia se refiere a la disminución parcial de la fuerza muscular debido al daño en la vía piramidal, y su distribución dependerá de la ubicación y extensión de la lesión. Por otro lado, la plejia implica la pérdida completa de movilidad. Según Muñoz (2002), esta clasificación se basa en la ubicación del daño en el cuerpo y permite una mejor comprensión de las posibilidades y pronóstico del niño.

Hemiplejía o Hemiparesia: Se refiere a la afectación de un hemicuerpo, siendo más evidentes las alteraciones motrices en el miembro superior.

Diplejía o Diparesia: Es la forma más común, con predominio de la afectación

en las extremidades inferiores.

Tetraplejía o Tetraparesia: Implica una afectación global, incluyendo el tronco y las cuatro extremidades, con mayor predominio en las extremidades superiores.

Triplejía o Triparesia: Indica la afectación de tres miembros, lo que es poco frecuente. En muchos casos se trata de una tetraplejía con menor afectación en un miembro o una diplejía con hemiparesia.

Monoplejía o Monoparesia: Supone la afectación de un miembro, aunque en la mayoría de los casos suele haber afectación en otra extremidad, aunque en menor intensidad.

V. Grado de dependencia.

Macias (2002) describe una clasificación según el grado de afectación está determinado por la extensión de la lesión cerebral.

Afectación leve: se da en niños/as con alteraciones sensoriomotrices que presentan dificultades en la coordinación y el movimiento, pero cuyas limitaciones funcionales sólo se ponen en evidencia en las actividades motrices más avanzadas como correr, saltar, escribir, etc. Generalmente suelen ser independientes, aunque necesitan más tiempo para aprender y ejecutar estas actividades.

Afectación moderada: las alteraciones sensoriomotrices producen limitaciones funcionales en la marcha, sedestación, cambios de postura, manipulación y lenguaje. Los niños/as con afectación moderada necesitan modificación del entorno y/ ayudas técnicas u ortopédicas para poder participar en las actividades propias para cada edad.

Afectación grave: presentan alteraciones en el control del equilibrio y poca habilidad para usar sus manos en las actividades cotidianas. Poseen déficit en la comunicación dificultando la participación en la dinámica familiar. Por ello la independencia del niño está restringida, dependen del material adaptado, ayudas para las AVD y la movilidad, asistencia personal para controlar la postura y facilitar el movimiento.

Afectación profunda: se presenta una capacidad motriz muy reducida, incluso para funciones básicas de la movilidad, como cambiar de posición, sedestación, independencia y necesitan la asistencia de un tercero para las actividades más básicas,

como la alimentación. Utilizan material adaptado y equipo especial para todas las actividades de la vida diaria.

B. Intervenciones Asistidas Con Animales.

I. Intervenciones Asistidas Con Animales "IACA"

Fernández (2013), expresa que las Terapias y Actividades Asistidas con Animales (TAACAs) son entendidas como:

la metodología desde el abordaje interdisciplinario y transversal del accionar de profesionales de la salud y educación, entre otros, fundado en los beneficios aportados por el vínculo humano - animal, en el abordaje biopsicosocial de las personas incluidas en poblaciones de riesgo, contemplando el bienestar y comportamientos de los animales.

Fernández (2013) divide a las TAACAs en dos grupos: las Terapias Asistidas Con Animales (TACA) y las Actividades Asistidas Con Animales (AACAs). Las primeras hacen referencia a la inclusión de animales de compañía, de granja, domésticos, en especial de equinos y perros, con el fin de promover la salud y el bienestar del paciente. Cavalli et. al. (2020) las mencionan como: Intervenciones Asistidas Con Animales (IACA), el autor las define como: intervenciones estructuradas y orientadas a objetivos que incorporan animales en ámbitos de salud, educación o del servicio humano con el fin de obtener beneficios terapéuticos y mejoras en la salud y el bienestar de las personas.

Las AACAs, según Fernández (2013) son actividades de entretenimiento planteadas para la mejora de la calidad de vida de las personas que la practican mediante el vínculo humano-animal. Estas promueven beneficios, pero no exclusivamente terapéuticos. Continuando con Cavalli et. al. (2020) señalan que las Actividad Asistida con Animales (AAA): Se tratan de una intervención informal con fines recreativos, motivacionales, y/o educativos. Las mismas son llevadas a cabo tanto por profesionales como por voluntarios y se caracterizan por carecer de metas específicas y priorizar la espontaneidad.

Monje (2020) plantea que en la actualidad, las IACA son una modalidad terapéutica que muestra resultados satisfactorios en el campo de la neurorrehabilitación. El término neurorrehabilitación comprende el proceso que tiene como objetivo: reducir las limitaciones funcionales, en las Actividades de la Vida Diaria “AVD” y la restricción en la participación social que presentan las personas que padecen un trastorno neurológico, reduciendo el grado de afectación funcional del paciente.

II. Las Intervenciones Asistida Con Caballos “IACC”

Luraschi (2016) menciona que las Intervenciones Asistida Con Caballos (IACA) son una forma de tratamiento alternativo para personas con discapacidad física y/o mental. Emplea como elemento terapéutico al caballo y la relación que el paciente establece con él tanto en el cuidado como en la monta aprovechando los beneficios que ésta aporta. Según Ormaechea (2022) las IACC son entendidas como:

prácticas que utilizan las cualidades del caballo y su entorno natural desde una perspectiva terapéutica que favorecen la habilitación y/o rehabilitación del individuo. Integran elementos vinculados a las áreas de salud, educación y equitación; en un abordaje interdisciplinario que procura el bienestar.

Si bien, esta definición ya fue mencionada anteriormente, para su comprensión, la autora recomienda definir algunos puntos claves. Las prácticas son acciones que se llevan a cabo por un grupo de personas capacitadas en diferentes áreas para promover un espacio terapéutico, recreativo y educativo. Cuando se refiere a las cualidades del caballo, se destacan los estímulos propioceptivos, el movimiento multidireccional, el calor corporal del mismo y el vínculo que se genera entre el humano y el animal. La rehabilitación busca recuperar funciones perdidas a través de procesos terapéuticos, educativos y sociales. En cambio, la habilitación es entendida como el espacio creado para que la persona desarrolle habilidades y destrezas. Por último Auna (2022) citando a la OMS, menciona que el bienestar es un concepto holístico e integral en el que la persona se encuentra mental y físicamente bien. Este es un proceso dinámico, progresivo, que considera también la educación que uno recibe y la posibilidad de acceder a los mejores servicios en salud y alimentación. Es el estado en el que una

persona puede realizar sus propias habilidades y puede hacer frente a factores que pueden perturbar la salud.

III. Clasificación de las IACC

Gross (2006), desarrolla sobre la clasificación de las IACC en tres áreas, la cual se estableció en el Congreso Internacional de la Monta Terapéutica de 1988 en Toronto, Canadá.

- Hipoterapia
- Monta terapéutica
- Equitación como deporte para personas con discapacidad.

Según E. Gross (2006) existen dos tipos de hipoterapia: la activa y la pasiva. En esta última, el niño/a se adapta al movimiento del caballo sin ninguna acción de su parte, aprovechando el calor corporal, la transmisión impulsos rítmicos y el patrón de locomoción tridimensional. La palabra “pasiva” hace referencia a la condición del niño/a, quien no es capaz de mantener el control de su postura por sus propios medios. Por lo tanto, esta modalidad se dirige a niños/as que tienen dificultades en el control postural. En la hipoterapia activa, se combinan ejercicios neuromusculares y gimnásticos con juegos terapéuticos. El niño/a no tiene la habilidad para conducir el caballo por sí solo, pero puede mantener el equilibrio sin la ayuda del profesional. En ambas modalidades se puede utilizar la monta gemela, la cual consiste en una técnica donde el profesional, se sienta detrás del niño/a para proveer apoyo y alinearlos durante la monta, al caballo se lo guía y se trabaja al paso.

La misma autora, en la monta terapéutica, el niño/a tiene la responsabilidad de guiar al caballo en la pista utilizando silla de montar y estribos. En este tipo de intervención, se une el objetivo terapéutico con la enseñanza específica de la equitación como deporte. El caballo se mueve en sus tres aires, (paso, trote y galope) en función del progreso del niño/a. Dependiendo del tipo de habilidad que presente se determina cual de estas metodologías es más adecuada.

Ormaechea (2022) Menciona que la equitación como deporte para personas con discapacidad.: paraequitacion o paraecuestre se lo denomina así al deporte hípico para personas con discapacidad. Este deporte se practica tanto a nivel nacional como internacional. Desde 1996 es reconocido como deporte paralímpico. Se puede practicar

en las modalidades de doma, enganche y salto. Con la intención de que la competición sea lo más justa posible, los deportistas compiten en cinco categorías diferentes (I, II, III, IV y V) dependiendo de sus posibilidades y dificultades. Acorde al grado de discapacidad del deportista cuentan con ayudas técnicas o de equipamiento reguladas por el reglamento de cada disciplina en particular. La mayoría de estos deportistas en algún momento de su vida han participado en las IACC.

C. Principios Terapéuticos de la monta y beneficios de las IACC.

Ormaechea (2022) hace referencia que los principios terapéuticos son las bases teóricas que orientan el accionar entre el niño/a y el animal para lograr un efecto beneficioso y mejorar los signos y síntomas de las diversas patologías. Si bien estos principios se dan a través de la monta, no son los únicos recursos que brinda el equino y su entorno, sí son los que más se destacan y por los que las IACC se diferencian de otras terapias con animales. Gross (2006) desarrolla estos tres principios y menciona que son la base por la cual se puso en práctica las terapias con caballos, las mismas actúan en todo momento y de manera conjunta sobre la persona que monta tenga o no discapacidad.

- Transmisión de impulsos rítmicos
- Transmisión de un patrón de locomoción equivalente al patrón fisiológico similar al de la marcha humana
- Transmisión de calor corporal

Transmisión de impulsos rítmicos: Gross (2006) menciona que el caballo transmite por medio del movimiento de su lomo, impulsos propioceptivos a la cintura pélvica, a la columna vertebral y a los miembros inferiores de la persona que monta, provocando reacciones de equilibrio y enderezamiento del tronco. Cuando los miembros posteriores del caballo se adelantan alternadamente debajo del centro de gravedad, se provoca una elevación alterna de la grupa (parte posterior y superior del cuarto trasero del caballo) y de la musculatura lumbar. Este movimiento hacia adelante impulsa el cinturón pélvico adoptando un movimiento basculante. Esa transmisión llega a los miembros superiores, cuello y cabeza. Además estos impulsos se transmiten a las piernas, provocando un relajamiento de los aductores y ligamentos pélvicos. Los impulsos recibidos estimulan la erección de la columna vertebral fortaleciendo los

músculos dorsales y abdominales del niño/a. Dependiendo de los aires en los que se desplace el animal, (paso, trote y galope) los impulsos variarán en frecuencia e intensidad; al paso serán menores y aumentarán al trote y al galope respectivamente.

Gross (2020) El movimiento basculante de la pelvis al adaptarse al impulso emitido, provoca diminutos movimientos rotativos en el tronco. La respuesta a los impulsos fisiológicos emitidos es un acto de coordinación fina del tronco y de la cabeza, por lo que es un excelente entrenamiento de la coordinación psicomotriz, de estos, sin utilizar las piernas; así se logra la estabilización dinámica de estas partes, lo que constituye la base para la ejecución de la marcha independiente. La motricidad del ser humano se realiza por medio de estímulos dados desde la periferia. El concepto de la plasticidad cerebral se basa en que 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.

Transmisión de un patrón de marcha similar al de la marcha humana:

Luraschi (2016) Menciona que este principio pone en evidencia la similitud existente entre la marcha del ser humano y la transmisión de un patrón de movimiento desde el lomo del caballo al cuerpo del niño/a. El movimiento tridimensional del caballo proporciona ciertos movimientos en la persona que monta, en el plano sagital (adelante-atrás), en el plano frontal (arriba-abajo), en el plano horizontal o transversal y movimientos de rotación. Estos movimientos estimulan al órgano vestibular, el estímulo alcanza la corteza sensorial y los centros de integración presentes en el tronco encefálico y cerebelo para ser retransmitidos, a través de las vías corticoespinales hasta los músculos periféricos y extraoculares.

Ormaechea (2022) El cerebro humano no sólo registra movimientos aislados, sino toda una gama de patrones motores. El patrón fisiológico de la marcha humana que el niño/a realiza durante la monta se graba en el cerebro y con el tiempo se automatiza, lo que posibilita su transferencia a la marcha pedestre. Siguiendo con Ormaechea (2022) señala que la transmisión de este principio sólo ocurre cuando ponemos al caballo al paso y la persona que monta, tenga o no una discapacidad experimenta dicha transmisión solamente si está correctamente sentado. Esto implica

que la base de sustentación de la persona que está sobre el lomo del caballo debe formar un triángulo entre los isquiones y el pubis, de esta forma la columna vertebral se mantiene erguida, siempre y cuando el caballo se encuentre parado. Cuando el caballo rompe su quietud, desplazándose al paso, genera cambios de movimientos y posturas en la persona que está sobre su lomo. Se produce una adaptación del cuerpo del niño/a al lomo del caballo. La cadera y pelvis del jinete se mueven al ritmo del movimiento que le proporciona el andar del caballo. Es decir que el niño/a durante la monta realiza los mismos movimientos que cuando camina.

Transmisión del calor corporal: Ormaechea (2022) indica que la temperatura del cuerpo del caballo es de 38°C y puede subir hasta 38.8 °C durante el movimiento, por ende es más alta que la del cuerpo humano. Esto tiene gran importancia, porque la transmisión de temperatura se aprovecha para distender y relajar musculatura y ligamentos, así como también estimular la sensopercepción táctil. Además menciona que el mayor flujo sanguíneo provocado por el calor que transmite el caballo estimula el sistema circulatorio, lo que beneficia en general la función fisiológica de los órganos internos.

Tal como expresa la misma autora, cuando queremos transmitir este principio se monta sin matras o monturas, si es posible “a pelo”, este modo permite que el calor se transmita desde el lomo y costados del caballo a la pelvis y a los miembros inferiores del niño/a por conducción. Este efecto se intensifica si se logra un contacto directo de la piel del jinete con el cuerpo del caballo sin interferencia de ropa.

Gross (2006) La temperatura corporal del caballo favorece extraordinariamente el relajamiento de los aductores, músculos que componen el muslo y glúteos. La relajación y elongación de los aductores provoca una liberación del cinturón pélvico, por lo que este adquiere más flexibilidad y elasticidad. El asiento se hace cada vez más profundo y el calor penetra más en los músculos y ligamentos del cinturón pélvico.

La misma autora explica que el efecto distensor de los aductores se mantiene, incluso, hasta 6 hs después de una sesión terapéutica. Al ejecutar ciertos ejercicios, como doblar el tronco hacia adelante abrazando el cuello del caballo, se extiende el efecto de relajamiento y estimulación sensorial a los miembros superiores y los músculos abdominales y pectorales. Al acostar el tronco hacia atrás, los músculos dorsales y lumbo-dorsales reciben los beneficios del calor. Al acostarse atravesado en

posición decúbito prono se transmite el calor a los músculos abdominales, lo cual estimula además la perístasis de los intestinos.

Consideraciones a la hora de la monta.

Ormaechea (2022) hace referencia que para obtener los beneficios de la transmisión de calor se puede montar utilizando una matra fina o a pelo; no obstante, para transmitir los impulsos rítmicos se puede prescindir de montura o no; en el caso de utilizarla, la persona que monta experimentará menores reacciones de enderezamiento y equilibrio; y para transmitir el patrón de marcha se puede montar, a pelo o con montura, pero la condición indispensable para transmitir dicho patrón es la correcta postura arriba del caballo. De todas formas la elección o no del uso de montura, matra o cojinillo, estará determinada por el cuadro clínico que presente el niño/a y los objetivos planteados.

Por ejemplo: Casáu et. al. (s/f) manifiesta que ante un niño/a que presente espasticidad los ejercicios irán dirigidos a disminuir ese tono muscular. Se puede aprovechar el efecto relajante del calor corporal del caballo, posicionando al niño directamente sobre el animal (sentado, decúbito supino, prono o lateral) el caballo puede estar quieto o al paso. Luego de lograr la relajación se puede utilizar silla de montar e iniciar los ejercicios de manejo del caballo o de motricidad voluntaria, coordinación, planificación motora y equilibrio.

Llacer (2017) menciona que en el caso de niños/as con hipotonía el caballo escogido para la sesión debe presentar una morfología adecuada con músculos firmes, amplia grupa para tener una mayor base de apoyo que les proporcione un movimiento lateral y de rotación, así como que posea un paso rítmico que le aporte un estímulo propioceptivo. Para aquellos niños con hipotonía que no pueden tolerar mucho movimiento, debe mantenerse el paso del caballo con un ritmo lento y uniforme. También se pueden ofrecer pequeños estímulos de movimiento durante la actividad, por cortos períodos. Para facilitar cambios en el control postural y provocar reacciones de equilibrio se puede guiar al caballo para que haga cambios de dirección, círculos amplios así como alternar la velocidad.

Monje (2020) expresa que durante la monta el paciente está expuesto a movimientos físicos idénticos a la marcha humana. Esto significa que el centro de gravedad de la persona que se encuentra sobre el caballo varía constantemente, por lo

tanto debe reaccionar frente a los estímulos rítmicos del mismo, lo que le exige adaptarse.

Continuando con Ormaechea (2022) menciona que para darle mayor seguridad a la persona que monta es aconsejable utilizar una matra o cojinillo con un sinchón y estribos, ya que su utilización proporciona una base estable y rígida en los pies que favorece el enderezamiento. Por otra parte, la silla de cuero de la montura limita los desplazamientos de la región pélvica, permitiendo mayor estabilidad al niño/a. Otro factor a tener en cuenta a la hora de transmitir el movimiento multidireccional es el uso de bocado, éste disminuyen la amplitud de movimiento en los desplazamientos al paso, es decir, que si el objetivo primordial en una sesión es transmitir el patrón de locomoción al cuerpo del niño/a, sería prudente tener en cuentas estos aspectos.

Beneficios del vínculo humano-animal.

Continuando con los beneficios terapéuticos de las IACC. Vasen (2013) menciona que en los últimos años se ha producido un creciente reconocimiento de la importancia de la relación con los animales y del impacto que la misma produce en la subjetividad de las personas que entran en contacto con ellos. En muchas enfermedades físicas o en situaciones de marginación y soledad, la comunicación, el contacto y la experiencia de relacionarse con animales es muy enriquecedora. Las IACC no son la excepción y ponen al alcance, diversos beneficios al área emocional y psicoafectiva del niño/a. El valor fisioterapéutico y psicoterapéutico está fundado desde los tres principios anteriormente mencionados (transmisión de calor, impulsos rítmicos, y patrón de marcha tridimensional), éstos forman la base de estas intervenciones, hace que ésta sea una terapia muy completa y aplicable en el área de la salud física y mental.

Tal como expresa Luraschi (2016) el contacto con un animal tan grande y fuerte puede causar en algunos niños/as, angustia e inseguridad que disminuyen conforme se trata al caballo (al limpiarlo, acariciarlo y montarlo). Cuando el niño/a establece una comunicación corporal con el animal, se gana confianza sobre él y en sí mismo. La relación emocional del niño/a con el caballo es por lo general tan estrecha que fácilmente se establece una comunicación recíproca, en especial si se monta siempre el mismo caballo.

Lopez Roa (2015) desarrolla que montar a caballo y estar en contacto con el mismo supone una serie de emociones, interacciones y procesos cognitivos que parten de la motivación del niño/a. Algunos de los beneficios que menciona el autor son, la focalización de la atención, estructuración de actividades de forma secuencial, seguimiento y acatamiento de órdenes, desensibilización de ciertos miedos o temores; incrementa la imaginación, creatividad, toma de decisiones, resolución de problemas o simplemente el placer y el alcance de un logro no antes contemplado por el paciente que reposa sobre el lomo de un caballo sea cual sea su posibilidad o funcionalidad.

Este mismo autor menciona que desde el aspecto social las IACC abren espacios enriquecedores de experiencias gratificantes que son subjetivas de cada niño/a las cuales van desde la respuesta de interacción recíproca, la empatía, la inclusión, la responsabilidad, la posibilidad de comunicación, la aceptación en un rol y la participación en las actividades que permiten que el niño/a pueda desempeñarse independiente.

Al respecto Fernández (2013) plantea que estas intervenciones dan la posibilidad de cambiar de ambiente y lograr poder salir por un momento de los espacios tradicionales de habilitación/rehabilitación, y realizar éstas desde una nueva perspectiva, el estar en contacto directo con la naturaleza, como la sensación del viento, del sol sobre la piel, producen emociones agradables y placenteras.

Fea (2010) menciona que las IACC dan la posibilidad de aprovechar los recursos del espacio en donde se realiza la práctica, pudiendo dar mayor soporte a aquellas áreas disciplinares que impliquen un aprendizaje, capitalizando los recursos que brinda el espacio natural. La misma autora hace referencia a que las IACC resultan un método eficaz para el desarrollo de la atención, la autoestima, la seguridad en uno mismo y la mejoría de las relaciones sociales, primordiales para el desarrollo como niños/as y que no solo implica el acto de montar sino también, metodologías, estrategias, técnicas, que son planificadas por el equipo terapéutico, donde también van a intervenir y abordar auxiliares, voluntarios y en algunos casos la familia del paciente.

D. Efectos Terapéuticos de las IACC.

Los efectos terapéuticos hacen referencia a los beneficios que proporcionan las IACC en las áreas neuromotoras, sensorial, social-psicológico y funcional del organismo humano enfocada hacia niños/as con ECNE.

I. Efectos neuromotores

Gross (2006) menciona que en las disfunciones neuromotoras como la ECNE se caracterizan por alteraciones del tono muscular, reflejos tónicos, presencia de patrones de postura y movimiento anormales. En aquellos casos donde el niño/a presente un tono elevado, el objetivo de la terapia será realizar actividades destinadas a reducirlo aprovechando, principalmente, la transmisión de calor desde el lomo del caballo para inducir la relajación. Para ello es importante que el paciente aprenda a dejarse llevar por el caballo y adquirir total confianza tanto en el animal como con el equipo.

La misma autora menciona que además, la respiración del terapeuta brinda un estímulo adicional (si se utiliza monta gemela) que induce una relajación psíquica en el paciente actuando indirectamente sobre la relajación muscular; esto en combinación con el movimiento rítmico del caballo logra, una disminución del tono muscular permitiendo una buena alineación y adaptación del cinturón pélvico.

Luraschi (2016) señala que la ejecución de ejercicios neuromusculares durante la monta es otra gran ayuda, a través de ellos se puede inhibir movimientos involuntarios y no coordinados como consecuencia de reflejos tónicos. Por otra parte, puede facilitar los movimientos coordinados del ejercicio por medio de ayuda manual. Se puede mejorar el tono, aumentar la coordinación entre músculos sinergistas y antagonistas, aumentar la fuerza muscular y facilitar patrones motores con un esfuerzo mínimo.

Gross (2006) Expresa que la velocidad de la marcha del caballo también puede modificarse para inducir diferentes efectos neuromotores. En este último caso ante niños/as con hipotonías, al trabajar al trote se puede lograr mayor activación muscular, a la vez que se requiere de mayor concentración y, al alternar la velocidad se consigue trabajar sobre el equilibrio vertical y la estabilización dinámica de tronco y cinturón pélvico, en primer lugar, mejorando el balance muscular en sentido antero-posterior y luego en sentido medio-lateral.

Los principales objetivos del trabajo a nivel neuromotor en niños/as con ECNE y otras patologías neurológicas van a ser: regulación del tono muscular, disminución de

reflejos tónicos y reacciones asociadas, grabación y automatización del patrón de locomoción.

II. Efectos sensoriales.

Gross (2006) menciona que el sólo hecho de montar y estar en contacto con el cuerpo del caballo se estimula la sensación táctil, las vías sensitivas de las piernas y de la base de la pelvis, además las manos reciben los estímulos de las riendas. En algunos casos el contacto entre el animal y el niño/a puede aumentarse a través de ciertos ejercicios neuromusculares como al acostar el tronco hacia atrás o hacia adelante. En estas situaciones el contacto corporal es casi total, por lo que se aprovecha el calor corporal y el movimiento vibrante del lomo y del anca del caballo. Esto ayuda a regularizar la sensibilidad táctil que puede estar aumentada (hipersensibilidad) o disminuida (hiposensibilidad). Gross (2006) agrega que durante la monta los estímulos sensitivos se van combinando con los propioceptivos, el movimiento provee una gran variedad de estímulos somato-sensoriales, vestibulares y visuales, ayudando a tolerar los estímulos táctiles que el niño/a que monta va percibiendo. Luraschi (2016) Menciona que de esta forma, el caballo resulta un método muy valioso de reeducación e integración sensorial a través del estímulo los sentidos:

Tacto: Existe contacto con todo el cuerpo del caballo, con su piel, pelo, músculos, y se puede percibir el calor corporal junto con la forma y tamaño de los distintos caballos presentes en el establo.

Oído: Se pueden oír numerosos sonidos en el ambiente y provenientes del caballo como por ejemplo el relincho, resoplido, la masticación, las pisadas, la respiración del equino, el golpe de la herradura contra el suelo, sonidos del campo, etc. Además, el movimiento continuo, activa constantemente el sistema vestibular.

Visión: Con las IACC se puede aumentar y profundizar el campo visual, a la vez que se da una nueva perspectiva de la visión.

Olfato: Existen estímulos provenientes del olor del campo, de las cuadras, de la piel y comida del caballo.

En el tratamiento de patologías neurológicas como la ECNE, los objetivos del trabajo a nivel sensorial son diversos. Entre ellos, se busca desarrollar la

sensopercepción táctil, fortalecer el sistema propioceptivo, fomentar la integración sensorial y mejorar la conciencia e imagen corporal del niño/a.

III. Efectos en la psicomotricidad.

Gross (2006) expresa que en los ejercicios neuromusculares y juegos terapéuticos que se usan durante la IACC se refuerza el equilibrio, la coordinación y las reacciones. El movimiento continuo del caballo induce reacciones posturales mejorando la postura y el equilibrio y reduciendo la espasticidad de miembros inferiores dando como resultado una mejor marcha. A su vez, esta última mejora se produce principalmente gracias a un aumento en la velocidad de la marcha, mayor cadencia simetría y estabilidad en el paso, mejor posicionamiento de la pelvis y menor gasto energético. Los impulsos rítmicos que provoca el movimiento del lomo del caballo y por consecuencia el movimiento del cuerpo del niño/a cuando monta, estimula el sistema propioceptivo, responsable de percibir estos impulsos, permitiendo conocer el estado de nuestro cuerpo en el espacio y sus movimientos.

Luraschi (2016) agrega que con las IACC, se obtiene un mejor control de tronco que permite que los miembros superiores queden libres para realizar cualquier función como ensillar, alimentar y asear al caballo y principalmente para la realización de ejercicios neuromusculares. Esta mejora viene dada gracias al trabajo sobre el sistema músculo-esquelético, que al regularizar el tono y mejorar la coordinación entre agonistas y antagonistas produce una mejor alineación espinal.

Tal como expresa la autora, el movimiento del caballo estimula las reacciones corporales de enderezamiento y los reflejos laberínticos. Este provoca que se desplace continuamente el centro de gravedad del niño/a en múltiples direcciones forzándolo a realizar ajustes posturales permanentemente. Esta activación puede aumentarse haciendo que el animal se mueva en círculos, subiendo o bajando colinas o cuando varía la velocidad. Así mismo, se activan también los generadores de patrones centrales de la médula espinal, dando lugar a una actividad motora rítmica como, por ejemplo, caminar. Todas estas activaciones tienen un efecto muy importante sobre la plasticidad cerebral.

Luraschi menciona (2016) que objetivos del trabajo a nivel de la psicomotricidad en las patologías neuromusculares como la ECNE son: Estabilización de tronco y cabeza, desarrollo del equilibrio horizontal y vertical, construcción de la simetría

corporal, fomento de la coordinación psicomotriz gruesa y fina, desarrollo de la lateralidad, incremento de la flexibilidad, agilidad y fuerza muscular.

IV. Efectos funcionales

Luraschi (2016) manifiesta que el movimiento constante y rítmico de la pelvis estimula el peristaltismo del intestino, mientras más rápido sea el movimiento, más estímulo se da a los órganos internos del abdomen lo cual es muy beneficioso para niños/as que sufren de irregularidades en la digestión por falta de locomoción. A su vez se pueden realizar ejercicios neuromusculares enfocados a los músculos abdominales profundizando este efecto y como en cualquier ejercicio físico, el montar a caballo aumenta la frecuencia cardíaca y favorece la circulación sanguínea.

Por otro lado la misma autora expresa que el calor corporal del caballo junto con el masaje constante de las piernas contra el lomo del caballo estimula la circulación sanguínea de estas favoreciendo la relajación muscular, la reducción del tono gamma y la eliminación de sustancias catabólicas a través de la sangre que circula con mayor facilidad en los tejidos relajados. Se favorece, además, el intercambio metabólico que mejora la eliminación de sustancias halógenas responsables de las sensaciones dolorosas por irritación de receptores nociceptivos. Todas estas exigencias sobre la función cardíaca y circulatoria son mucho mayores durante el galope razón por la cual se debe tener consideraciones especiales cuando se trabaja con pacientes con problemas cardíacos. Por esta razón se usan habitualmente el paso y trote para lograr la relajación deseada sobre el sistema cardiovascular.

Gross (2006) Expresa que La posición erecta del tronco fomenta la apertura de los hombros, la aducción de escápulas, la liberación y elevación del diafragma., por lo que la respiración se hace más profunda y se regulariza su ritmo, convirtiendo, esta terapia, en un poderoso auxiliar en disfunciones respiratorias. También se ven mejoras en funciones neurovegetativas, como la deglución y masticación. Además, promueve la regulación del tono postural, disminuyendo contracturas y favoreciendo la flexibilidad miofascial.

Los objetivos del trabajo terapéutico en patologías neuromusculares son: Estimulación del peristaltismo, estimulación del sistema circulatorio, estimulación del sistema respiratorio.

V. Efectos a nivel social-psicológicos

De acuerdo con Gross (2006) El calor corporal del caballo que se transmite al cuerpo del niño/a adquiere gran importancia como instrumento terapéutico desde el área psicoafectiva, ya que este puede ejercer como sustituto del calor materno. En niños/as con disfunciones psicopatológicas se pueden invocar experiencias de regresión, lo que ayudará a liberar traumas antiguos y bloqueos psíquicos. Asociado a la temperatura corporal, el movimiento del caballo (que en un buen caballo de terapia es suave y rítmico) provoca la sensación de ser mecido, lo que genera en el niño/a sentimientos de seguridad, amor y protección. En base a esto, se puede reconstruir la autoconfianza y la autoaceptación. Este efecto de "mecedora" de la monta a caballo da además la posibilidad de utilizar las IACC con excelentes resultados en la estimulación temprana, lo que acelera en gran medida el desarrollo físico-psíquico del niño/a

La percepción corporal de los impulsos rítmicos y regulares, sumando a la sensación de avanzar hacia adelante directamente y sin obstáculos, que proporciona el patrón tridimensional provoca en el niño/a que monta toda una gama de experiencias psicosenoriales que se aprovechan en el área psicoafectiva. Cuando este logra adaptarse al movimiento del caballo, los impulsos mueven el cuerpo del niño, y también todo su ser psíquico. La sensación de dejarse mover y poder avanzar sin aplicar una acción propia, podría ser un factor clave en la relajación psíquica y en la reconstrucción de la confianza en sí mismo y en el mundo que rodea a este, por lo que experimenta nuevas reacciones psicológicas en relación con él mismo y su entorno.

Gross (2006) menciona que desarrollo de la coordinación psicomotriz va ligado a una mejoría en la coordinación del área de la boca y lengua. El uso de ciertos ejercicios de vocalización durante la monta, como gritar vocales y sílabas y dar órdenes verbales al caballo refuerza la capacidad verbal. Esta comunicación puede extenderse a otros compañeros si se trabaja en grupo, realizar juegos a caballo junto con otros requiere tanto de la capacidad de comunicación analógica (no verbal) como de la verbal y fomentando la participación social. Esto adquiere gran importancia en el área de la pedagogía porque esta desarrolla en el niño cualidades como la tolerancia, paciencia y sentido de responsabilidad. Por eso se promueve cada vez más la integración de este tipo de terapias al área educativa, especialmente en la educación especial.

A su vez las IACC tienen sus aspectos socio-ambientales. Fernández (2013) menciona que muchos niños/as con discapacidad se ven privados de participar y compartir juegos y actividades con otros pares al aire libre. La práctica de esta terapia

puede llegar a adquirir un significado especial para ellos ya que posibilitan un cambio de ambiente, salir de los espacios tradicionales de rehabilitación, desde una perspectiva nueva, en estrecha relación con la naturaleza. La autora expresa que las actividades al aire libre son una fuente de experiencias gratificantes a nivel táctil, la sensación del viento, del sol sobre la piel son experiencias totalmente placenteras y en muchos casos, escasas o novedosas. Cuando se piensa en un ambiente saludable, estimulante, se imagina un entorno facilitador, que genera interés, con posibilidades de descubrimiento, de conocer otras personas, entre otras van que a repercutir dentro de las relaciones familiares e institucionales.

Según Luraschi (2016), en el área social-psicológica, los objetivos del trabajo son diversos. Entre ellos se destacan el desarrollo de la comunicación analógica y verbal, de la voluntad, de la responsabilidad, y el autocontrol de las emociones; aumento de la concentración y atención, la confrontación de temores personales; el incremento de la autoconfianza y autoestima, de la capacidad de adaptación, la disminución de la agresividad, el fomento del comportamiento cooperativo, así como la reeducación de cualidades relacionales tales como el respeto, la responsabilidad y la amistad. Asimismo, se busca organizar y secuenciar actividades de manera adecuada para lograr estos objetivos.

E. Terapia Ocupacional.

A partir del presente apartado, se hace referencia a niños/as con ECNE, aunque es importante destacar que tanto las IACC como la Terapia Ocupacional no se limitan exclusivamente a esta población y etapa de vida. De hecho, según la definición de la Asociación Argentina de Terapia Ocupacional (AATO), la Terapia Ocupacional es entendida como:

una profesión cuyo objeto de intervención es la ocupación humana. Las y los Terapistas Ocupacionales intervienen en ámbitos sanitarios, educativos, laborales, judiciales y socio-comunitarios.

Sus profesionales brindan servicios a personas de diferentes grupos etarios cuyas ocupaciones se vean afectadas por situaciones de estrés, enfermedad, discapacidad u otro motivo afectando el desempeño ocupacional, su calidad de

vida, y por consiguiente su salud integral.

Las personas, grupos o comunidades afectadas en el desempeño cotidiano de sus actividades, requieren de la intervención y atención especializada de profesionales de Terapia Ocupacional a fin de desarrollar destrezas, habilidades y capacidades que les posibiliten superar las barreras que impiden su desempeñar actividades en su vida cotidiana.

La AATO menciona que el objeto de intervención de la Terapia Ocupacional son las ocupaciones y actividades que realizan todos los seres humanos a lo largo de sus vidas, desde que nacen hasta el final de la misma. Éstas implican tanto aquellas que aprendemos y son transmitidas a través de las relaciones vinculares y de la cultura como: las actividades de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria, juego, trabajo, educación, participación social y tiempo libre.

El marco de trabajo (2010) identifica a las actividades de la vida diaria "AVD" como aquellas actividades que están orientadas al cuidado del propio cuerpo, y menciona que estas son fundamentales para vivir en un mundo social, que permitan la supervivencia y el bienestar. Entre ellas encontramos, higiene y arreglo personal, alimentación, comer, vestirse, entre otras. Así como la IACC tiene una mirada integral y holística, puesto que abarca a la persona en su totalidad, teniendo en cuenta sus aspectos motores, sensoriales, comunicativos, emocionales, etc, la Terapia Ocupacional ve al ser humano como un todo desde un enfoque holístico, considerando tanto el entorno como los diferentes aspectos de las personas (Gomez Bonachia, 2015).

Salomé et. al. (2007) Expresan que las IACC son un método terapéutico educativo porque se trabaja con un programa de acción pedagógica en los ámbitos motor, cognitivo, lenguaje, comunicación y sociabilización. Es inclusiva porque no depende solamente de la voluntad individual de la persona en particular sino también del compromiso de la familia y del grupo social al cual pertenece, es decir que su contexto social juega un rol muy importante. Por último, es una intervención terapéutica, porque participan profesionales de la salud y/o educación; tiene objetivos a lograr y medios tales como ejercicios, actividades, juegos para trabajar en función específica de cada niño/a.

Cerdone et. al. (2020) mencionan que los profesionales de Terapia Ocupacional

tienen una visión holística, consideran los factores que apoyan o limitan la participación en las ocupaciones. Las mismas autoras expresan que para desempeñar una AVD u otra ocupación, los niños/as deben desarrollar destrezas de ejecución que le permitan ajustarse a las exigencias del medio y a las demandas de la actividad. Teniendo en cuenta la gran motivación que se genera al interactuar con los caballos, los terapeutas ocupacionales utilizan a la IACC para facilitar el desarrollo de las destrezas de ejecución, entre ellas, las motoras, sensorio perceptuales, regulación emocional, cognitivas, comunicación y sociales. La misma autora menciona que desde la Terapia Ocupacional se puede considerar a las IACC como un facilitador del desarrollo de las destrezas de ejecución necesarias para que los niños/as que participan en dichas intervenciones puedan superar las barreras que le impiden desempeñar ocupaciones en su vida cotidiana. Siendo éstas, las actividades de la vida diaria, actividades instrumentales, educación, juego, participación social, ocio y tiempo libre. Las destrezas de ejecución son definidas según el marco de trabajo (2010) como: Las habilidades que requiere una persona para realizar una actividad. Son acciones observables, concretas, dirigidas hacia una meta que utiliza el niño/a para participar en las ocupaciones de la vida diaria.

Destrezas motoras y praxis: habilidades para realizar actos motores, organizar, planificar y ejecutar movimientos.

Destrezas sensoriales-perceptuales: acciones para localizar, identificar y responder a sensaciones y para seleccionar, interpretar, asociar, organizar y recordar eventos sensoriales basados en experiencias a través de los sentidos: vista, oído, tacto, olfato, gusto, propioceptivos y vestibulares.

Destrezas de regulación emocional: identificación, manejo y expresión de emociones en la realización de actividades y en la interacción con otros.

Destrezas cognitivas: acciones relacionadas con la planificación y la gestión del desempeño de una actividad.

Destrezas de comunicación y sociales: acciones para comunicarse e interrelacionarse con otros durante las actividades

f. Abordaje de la Terapia Ocupacional en IACC.

Ormaechea (2022) menciona que las IACC requieren de un abordaje interdisciplinario, en las cuales pueden intervenir psicólogos, kinesiólogos, psicopedagogos, terapistas ocupacionales, acompañantes terapéuticos, personas pertenecientes al mundo ecuestre, entre otros. La interdisciplina es entendida como la construcción de un nuevo saber, de un nuevo espacio para generar conocimientos y acciones. Todas las disciplinas que participan realizan sus aportes, no es simplemente la yuxtaposición de saberes, sino la construcción conceptual del problema, su abordaje y su resolución.

Tuzzo (2004) expresa que un equipo interdisciplinario se constituirá por personas que han recibido una formación en diversas áreas del conocimiento, los integrantes de un equipo interdisciplinario tienen diferentes conceptos, métodos, datos, miradas, estrategias y que se organizan en un esfuerzo común alrededor de un problema común y en donde existe una intercomunicación continua entre los integrantes.

Como se mencionó, la terapia ocupacional puede formar parte del equipo interdisciplinario. Guerrero (2018) menciona cada profesional que compone el equipo participa en el proceso de elaboración y en el diseño del plan de intervención, de manera que este se adapte a las características particulares del equipo, teniendo en cuenta diversos aspectos: la metodología que va a seguir, el orden de los pasos, la función que va a ejercer cada profesional, teniendo en cuenta las diferentes etapas del plan de intervención.

I. Proceso de Intervención.

Como se mencionó en la introducción, el abordaje, según el marco de trabajo (2010), es entendido como: “el proceso de terapia ocupacional”, el mismo representa el modo en que los profesionales de esta disciplina, ponen en práctica sus conocimientos para proporcionar servicios a las personas que lo requieran. Aunque el mismo es muy dinámico y cíclico, posee un punto de partida definido e importantes hitos representados por la evaluación, la intervención y la reevaluación.

Por lo general este proceso es utilizado para administrar servicios de salud y/o rehabilitación/habilitación sin importar cuál sea la disciplina, teniendo en cuenta que en las IACC se trabaja de manera interdisciplinaria se sigue manteniendo esta organización.

Cerdone et. al. (2020) expresan que el proceso no es específico del diagnóstico, ni de la edad y se aplica en cualquier ambiente práctico, sea el hospital, en un consultorio o como en este caso que se utiliza como medio al caballo y su ambiente. Los terapeutas ocupacionales adaptan el proceso al objetivo final de reforzar la salud y la participación de la persona en ocupaciones

A. Evaluación

Teniendo en cuenta el Proyecto de Ley Nacional para regular la equinoterapia (Presentado en la Cámara de Diputados de la Nación en el año 2022, a la fecha de presentación del presente trabajo se encuentra en comisión.) en su artículo nº 3 menciona que las personas que requieran de esta prestación deben presentar una indicación médica en la cual se indica el diagnóstico, características del mismo, y la aptitud para recibir este tratamiento. Valverde (2017) menciona que esto es debido a que existen patologías con determinadas características que son contraindicadas a la hora de la monta. Por ejemplo, en la ECNE debido al desequilibrio de las fuerzas musculares, una de las características más frecuente en los niños/as con esta condición es la subluxación y luxación de las caderas. Sin embargo, Ormaechea (2010) señala que la subluxación y luxación de la cadera no es una contraindicación absoluta en el tratamiento mediante las IACC. Sería más acertado marcar a dicha condición como una precaución al momento de realizar la monta, y no como contraindicación. Algunas de las precauciones pueden ser: Vendaje en ocho de la articulación, posiciones facilitadoras, elección de un caballo de lomo angosto, para evitar el exceso en la apertura de las caderas del niño/a. Cerdone (2020) aclara que aunque un niño/a tenga contraindicado montar o todavía no está preparada para ello, de igual manera puede realizar IACC, ya que se pueden realizar múltiples actividades y juego abajo del caballo. Finello et. al (2019) Expresa que el niño/a a través del contacto directo con el animal, al acariciarlo, cepillarlo, pasearlo, abrazarlo; adquiere experiencias que implican una fusión física y emocional entre los dos seres, pero la actividad terapéutica no se centra tan sólo en la interacción del caballo y el niño, sino que comienza desde el momento en que el paciente se vincula con el entorno donde viven, estabulan y se desenvuelven los caballos.

La AOTA en Willard & Spackman (2021) define a la evaluación como la recolección sistemática y el análisis de los datos necesarios para tomar decisiones.

Bezón et. al. (s/f) mencionan que en esta fase se establece el contacto con el niño/a y con su familia. Sin embargo el mismo autor menciona que cada miembro del equipo realiza una valoración del niño/a. La dinámica del trabajo en equipo exige el empleo de un lenguaje común y unos instrumentos de medida que permitan la monitorización y sean interpretables por todos los miembros del grupo. Guerrero (2018) menciona que para evaluar necesitamos de instrumentos de medición, estos pueden ser cualitativos y cuantitativos. En relación a los primeros permiten tomar valoraciones de la calidad del plan de trabajo así como de la metodología y los recursos empleados. Los instrumentos más utilizados son las entrevistas a las familias, la observación de cada profesional con su mirada integral desde su disciplina. Las evaluaciones cuantitativas, que aportan información pragmática, basada en resultados numéricos con respecto a una escala de clasificación.

La AOTA en Willard & Spackman (2021) menciona que dentro del proceso de evaluación se encuentra la entrevista. La misma es una experiencia verbal compartida, construida conjuntamente entre el entrevistador (profesional) y el entrevistado (niño/a y/o familiar). La entrevista se organiza alrededor de la formulación de preguntas y respuestas con el objetivo de obtener datos de la persona sobre determinado problema o situación dada.

Guerrero (2018) menciona que la entrevista inicial es con la familia, y en ella se indagan diferentes aspectos relacionados al niño/a, sobre el día a día en la casa, en la escuela, en las actividades de la vida diaria, actividades extraescolares, en el juego; se puede indagar acerca de la historia del desarrollo, en cómo fue el embarazo, el parto, los primeros días de vida del niño/a etc. Al establecer los primeros vínculos con la familia, conocemos como vive la situación, el grado de aceptación, la vivencia con los hermanos, etc. Al trabajar en un entorno de confianza y seguridad, se establece un diálogo relajado. Se toman anotaciones necesarias para conocer el contexto particular, sus puntos fuertes y débiles, sus necesidades y prioridades, esto último permite decidir los objetivos y las estrategias de intervención que mejor se adecuen al niño/a. Este espacio también está destinado a resolver las posibles dudas o aclaraciones sobre el trabajo a desempeñar.

Guerrero (2018) señala que en la evaluación inicial, está compuesta por el plan de diagnóstico, el cual ayuda a obtener información objetiva mediante la observación directa. El equipo interdisciplinario valora desde el primer contacto del niño/a con el animal, su relación con el equipo y como se desenvuelve en el nuevo ambiente. A partir

de ello, se realiza una primera evaluación integral del niño/a, prestando gran atención a distintos ámbitos, físico, emocional, psicológico, cognitivo, comunicativo y sensitivo. Luego se encuentra el estudio de diagnóstico, tras concluir la primera fase de observación del niño/a, se lleva a cabo un Informe, este estará basado en información proporcionada por los profesionales externos o su equipo médico sí que tiene. Esto aporta datos sobre aspectos a tener en cuenta en las sesiones y a la hora de elaborar el plan. La misma autora, manifiesta que los terapeutas ocupacionales dentro del equipo interdisciplinario interpretan las evaluaciones para implementar intervenciones que les permitan a los niños/as a cambiar su desempeño ocupacional en forma positiva, buscan información en relación al desempeño ocupacional y las ocupaciones cotidianas que necesita, quiere y espera poder realizar el niño/a o la familia.

B. Intervención

La AOTA en Willard & Spackman (2021) expresa que desde Terapia Ocupacional la intervención es la implementación de acciones dirigidas a facilitar la participación de la persona, en este caso de un niño/a, en sus ocupaciones. En dicho proceso, la intervención se realiza después de la evaluación. Los datos obtenidos y analizados sobre el desempeño ocupacional del niño/a durante la evaluación aportan información orientadora que permite determinar la mejor vía terapéutica para en primer lugar planificar la intervención y luego implementarla.

Bezón et. al. (s/f) menciona que se lleva a cabo una puesta en común de las diferentes evaluaciones realizadas. Una vez obtenidos y organizados los datos, la tarea final consiste en reunirlos, junto al equipo, y sintetizarlos para definir los objetivos. Continuando con Guerrero (2018) menciona que se encuentran los generales y los específicos, el primero hace referencia a la idea central y finalidad de lo que se quiere lograr con el niño/a que participa en las intervenciones, también pueden ser llamados a largo plazo ya que se consiguen a través de un periodo más largo, de 6 meses a un año. Los específicos o a corto plazo se obtienen en el futuro cercano, como en pocos días, o unas semanas. La misma autora expresa que el plan de intervención debe especificar la duración de cada sesión, los recursos, las estrategias que se proporcionan, actividades, juegos, propuestas, posibles adaptaciones, el personal que intervendrá, etc. La planificación de los objetivos es la tarea más difícil de realizar, pero es fundamental para determinar los planes a seguir con cada niño que asiste a estas

intervenciones. El marco de trabajo (2010) menciona que el establecimiento de objetivos se hace en colaboración con la familia y debe abordar las dificultades en el desempeño ocupacional. Se deben escribir los resultados como declaraciones objetivas, mensurables e identificables, además de ser individualizados, específicos, realistas y concretos.

La AOTA en Willard & Spackman (2021) menciona que luego sigue la implementación de la intervención, una vez establecido el plan, el siguiente paso consiste en ponerlo en práctica. Cada niño contará con un plan de intervención individualizado. Las intervenciones en las que participa el niño/a deben ser apropiadas para abordar los resultados esperados en relación con sus problemas y dificultades con el desempeño ocupacional. En un apartado más adelante se describe en detalle cómo es una sesión tipo en Intervenciones Asistidas Con Caballos en un niño/a con ECNE.

Para el proceso de intervención, el profesional tendrá que basarse en un marco de referencia. García Baladés, citado en Moreno (2020) menciona que este es un esquema conceptual que sintetiza e interpreta el conocimiento para que pueda ser utilizado por una disciplina. Proporciona un conjunto de suposiciones, postulados y conceptos, así como diferentes abordajes y herramientas prácticas. Estos marcos no son específicos de la Terapia Ocupacional, por lo tanto, deben trabajarse en conjunto con las teorías propias de la disciplina llamadas modelos de práctica. Moruno citado en Moreno (2020) menciona que estas son bases teóricas que explican cómo los terapeutas ocupacionales hacen su trabajo. Su función principal es servir de puente entre la teoría y la práctica, organizando el conocimiento para que sea aplicado en la intervención. Cerdone et. al. (2020) mencionan que los principales marcos de referencia y modelos propios utilizados en la práctica de Terapia Ocupacional y las IACC son el Modelo de la Ocupación Humana, la Teoría de Integración Sensorial y El marco del Neurodesarrollo "Bobath". Estos dos últimos hacen referencia a los diagnósticos de carácter neurológico como la ECNE.

El marco de trabajo (2010) menciona que dentro de este proceso de intervención se tendrá un enfoque de intervención, éste es entendido como: estrategias específicas de intervención seleccionadas para dirigir el proceso de intervención que se basan en el resultado deseado de la persona, datos de evaluación y la evidencia. Según el marco de trabajo (2010) encontramos los siguientes enfoques:

Crear o promover: Está diseñado para proveer entornos y experiencias de

actividades enriquecedoras que mejorarán el desempeño de las personas tengan o no una discapacidad.

Establecer, restaurar: Este es un enfoque de intervención diseñado para cambiar variables de la persona, para establecer una habilidad que no ha sido desarrollada aún o para restaurar una habilidad que se ha afectado o perdido.

Mantener: Este enfoque de intervención está diseñado para proveer las ayudas que permitirán a la persona preservar las capacidades de desempeño que se han vuelto a ganar, o que ya tiene.

Modificar: este enfoque de intervención está dirigido a cambiar, corregir variables de la persona o demandas de la actividad para apoyar el desempeño en un ambiente natural.

Prevenir: Este enfoque de intervención está dirigido a personas con o sin discapacidad. Está diseñado para prevenir que surjan o se desarrollen barreras que limiten la ocupación.

C. Revaluación.

Bezón (et.al.) manifiesta que la revaluación consiste en una sesión interdisciplinaria programada con anterioridad. El equipo se reúne para monitorizar la progresión del niño/a, los cambios en su situación clínica, física, funcional, mental, etc. Se revisan los objetivos propuestos para esa fecha y se analiza su cumplimiento, y los factores que han podido influir si éstos no se han alcanzado.

Guerrero (2018) menciona que el equipo interdisciplinario establece una temporalidad a estas revaluaciones. El objetivo de las mismas es ir valorando la evolución del niño/a dentro del plan de intervención para ir adecuando y adaptando las actividades y los recursos a sus necesidades. A ellas debe acudir todo el equipo o dependiendo del diagnóstico, los profesionales especializados en algún ámbito en concreto para ver cómo evoluciona el niño/a en un área de su especialidad.

El marco de trabajo (2010) menciona que la revaluación puede efectuarse tanto de una manera formal como informal. La formal compara los datos del niño/a obtenidos durante la evaluación inicial, con los obtenidos después de una fase de intervención. Sobre la base de los resultados obtenidos se debe tomar una decisión, terminar la terapia o continuarla. Si se decide continuar los servicios, se reinicia la intervención,

aunque el plan original deba modificarse de acuerdo con la respuesta del niño/a a las sesiones y el progreso hacia los objetivos. En cambio la informal, el equipo toma la decisión de continuar o suspender ciertas intervenciones y/o actividades sobre la base de la respuesta del niño/a a las sesiones, el progreso hacia los objetivos y el logro de resultados. Guerrero (2018) expresa que se trata de una evaluación continua, ya que se valora el avance del niño/a, así como la adecuación de los objetivos planteados, los recursos, la metodología utilizada durante todo el proceso

Luraschi (2016) Expresa que se debe evaluar continuamente a cada niño/a para, de esta manera, establecer un programa de trabajo y planear las sesiones. Esto permite un análisis profundo de la problemática terapéutica para encaminarla hacia una mejor estructuración. Guerrero (2018) señala que las revaluaciones sirven para valorar en qué punto se encuentra nuestro trabajo y en qué medida se ha desarrollado. Sin embargo, Luraschi (2016) hace mención del gran beneficio que proporciona la planificación detallada del trabajo terapéutico, así mismo, expresa que no se debe caer en el error de considerar a ésta como un sistema rígido que no permite cambios durante el proceso de intervención, ya que muchas veces se presentan situaciones donde el equipo se ve obligado a modificar sus planes en beneficio de otros objetivos imprevistos de mayor importancia.

Bezón et. al (s/f) expresa que si la decisión es dar el alta, la intervención finaliza y el niño/a abandona las intervenciones. Agoterra et. al. (2016) señalan que el alta debe plantearse con tiempo, cuando se estime que el niño/a haya alcanzado los objetivos o haya entrado en una fase de estabilidad en la cual ya no se pueda mejorar más. Dentro del equipo interdisciplinario, el/la terapeuta ocupacional, tendrá en cuenta que el niño/a alcance su máxima independencia posible en la realización de las actividades de la vida diaria y el desempeño en las demás ocupaciones. Para ello, el establecimiento de objetivos mensurables en un marco temporal identificable resulta esencial para definir si se lograron los resultados esperados.

G. Ejemplo de una sesión tipo de Intervenciones Asistidas Con Caballos en un niño/a con ECNE

Luraschi (2016) Expresa que después de haber realizado las evaluaciones, y el paciente haya sido aceptado para la realización de este tipo de terapia, se plantean los objetivos y las estrategias a utilizar durante las sesiones. Antes de cada sesión se debe

preparar al caballo, se deberá montarlo y hacer los ejercicios que luego harán, esto para que el animal se encuentre relajado y acepte las indicaciones al momento de ser montado por el niño/a. Este momento también es útil para notar cualquier cambio físico o temperamental en la conducta del animal.

Guerrero (2018) relata que el desarrollo de las sesiones depende de las características y los objetivos que presente cada niño/a. Las sesiones constan de diferentes partes, cada una con su metodología específica y la suma de estas partes permiten la realización de los objetivos con el paciente.

Luraschi (2016) menciona que en primer lugar tenemos la bienvenida, en la cual se realizan actividades previas a subir al caballo, las sesiones no deben comenzar con la simple monta a caballo, es primordial comenzar generando un ambiente de confianza y compañerismo a partir de la presentación entre el niño/a y el animal. La misma autora menciona que se debe comenzar cada sesión con actividades de aproximación al animal; el niño/a debe acercarse al caballo, establecer un contacto físico con él, darle de comer, cepillarlo, acariciarlo para sentir su tacto, la textura robusta de su cuerpo y su suavidad, es decir, que con estas actividades se genera una relación afectiva entre ambos. Guerrero (2018) señala que en este saludo inicial se recopila mucha información, de cómo llega el niño, se observa su actitud, sus movimientos, reacciones, lo que ayudará a planificar la estructura e intensidad de las sesiones. Luraschi (2016) señala que el caballo suele ser un animal obediente pero siempre imponente, por lo que se necesita estar emocionalmente preparado para montarlo e incluso dependiendo de las características de cada niño/a, se aconseja realizar varias sesiones de presentación antes de llevar a cabo la primera monta, ya que en esta etapa se trabajará sobre la superación del miedo

Luraschi (2016) también recomienda que previo a la monta se debe realizar un calentamiento que incluya movilizaciones pasivas, activo-asistidas o activas dependiendo de las necesidades y posibilidades del niño/a, de tal forma que sus músculos, articulaciones y mente estén preparados para la monta y para los ejercicios y juegos que se realizarán arriba del caballo para adquirir la mejor alineación posible de la pelvis y así conseguir un buen asiento al montar. Estas movilizaciones podrán durar entre 10 a 15 minutos.

Luraschi (2016) expresa que ya en la monta, el desarrollo de esta parte de la sesión depende en gran medida de las posibilidades del niño/a a nivel físico y emocional. Arriba del caballo la intervención se divide en dos etapas. La primera

consiste en la modulación del tono y la inhibición de los patrones patológicos de movimiento, para esto se utiliza la monta gemela donde el paciente adopta distintas posiciones sobre el caballo (decúbito prono, decúbito supino, a lo largo, transversalmente, sentado de lado o de espaldas a la cabeza del caballo). Estas actividades pueden ir combinándolo con música, juegos que estimulen al niño/a al reconocimiento y descripción del entorno, las partes del caballo, el auto reconocimiento de la imagen corporal y la orientación espacial, además, en algunos juegos se solicita la participación de los padres, familiares o algún otro niño/a que esté en la sesión buscando así la interacción con los mismos.

Siguiendo con la misma autora, menciona que la segunda etapa consiste en el trabajo sobre el fortalecimiento muscular y la adquisición de habilidades en las diferentes etapas del neurodesarrollo. En un primer momento se le puede pedir al niño/a si es que tiene la capacidad que mueva la cabeza hacia los lados, arriba y abajo, que mueva los brazos en círculos, que abrace la crin del caballo. Todos estos ejercicios deben hacerse al paso. Si el niño/a no puede realizar esos movimientos se los asiste tanto pasivamente o activo-asistido. Gross (2006) expresa que la realización de estos ejercicios neuromusculares, se refuerza la regulación del tono muscular, la disminución de los reflejos tónicos, la coordinación psicomotriz gruesa, la simetría corporal, la estabilización del tronco y la cabeza, se favorece el desarrollo de elasticidad, agilidad, fuerza muscular y equilibrio. A su vez el caballo puede desplazarse en distintas direcciones: se puede comenzar realizando líneas rectas, luego dar vueltas en círculos, realizar vueltas en ocho subir y bajar rampas, etc.

Luraschi (2016) menciona que el último momento de la sesión es denominado “despedida”. Al finalizar la monta, se realizan ejercicios de relajación y estiramiento, se estimula al niño a darle de comer al caballo como recompensa, de esta manera se sigue trabajando la relación afectiva, las emociones y la comunicación continua hasta el final de la sesión para dejar en el niño una sensación agradable. Guerrero (2018) refiere que esta toma de contacto del niño/a con el caballo fortalece el vínculo entre ambos, pero también le exige asumir poco a poco pequeñas responsabilidades. Seguidamente se despide de los demás integrantes del equipo y se dirige a su familiar o acompañante con quien vino al que se les da una breve valoración de la sesión

Luraschi (2016) Habitualmente las sesiones comienzan con una duración de 15 minutos de monta, esto a medida que el niño/a se adapte al equino y a la terapia, conforme adquiera confianza, el tiempo de sesión se irá prolongando hasta un promedio

de 30 minutos, sin embargo debemos tener en cuenta que de los 20 minutos de monta, los niños/as suelen comenzar a fatigarse. En total, sumando la bienvenida, la monta y la despedida, suma un total de 1 hora de sesión.

Las IACC. si bien es una actividad recreativa y estimulante no está exenta de riesgos, por lo cual debemos prestar especial atención a la seguridad y protección de los niños/as durante la sesión, más allá de las lesiones físicas que debemos prevenir, no debemos olvidarnos que los pacientes son muy vulnerables desde el punto de vista emocional, por lo que cualquier accidente, por pequeño que sea puede ser muy perjudicial desde el punto de vista psicológico, para la continuidad del tratamiento.

Por último, Luraschi (2016) da algunas recomendaciones sobre las IACC, entre ellas:

- Realizar un acercamiento gradual del niño/a al animal.
- Una vez hecho el calentamiento no debe prolongarse el espacio de tiempo entre éste y la monta.
- Utilizar medios de protección como cascos, guantes, rodilleras, etc.
- En niños/as con espasticidad se recomienda trabajar al paso para lograr la relajación muscular requerida.
- En caso de pacientes que utilizan ortesis u otra ayuda técnica, éstas deben ser retiradas antes de iniciar la sesión.
- La monta no deberá superar los 30 minutos ya que los mayores beneficios se logran en los primeros 20 minutos.
- Se debe evitar, en lo posible, utilizar el caballo para otro fin que no sea la IACC.
- Cuando el caballo manifieste una conducta no habitual se deberá suspender la actividad.
- Se deberá adaptar inicialmente al caballo a los elementos que se utilizan durante las actividades con el fin de no provocar sobresaltos durante el desarrollo de una sesión.

IV. Justificación.

Se considera que el desarrollo del presente trabajo podría ser de gran relevancia teórica para la comunidad científica. El mismo podría generar un aporte significativo a la disciplina ya que existe una escasa cantidad de producción de Terapia Ocupacional e IACC, específicamente en lo que respecta a patologías de carácter neurológico como la ECNE.

Lo que se buscó con este trabajo es generar un pensamiento crítico y reflexivo sobre el abordaje de la Terapia Ocupacional en niños/as con ECNE en las IACC. A pesar de referirnos a una misma disciplina, cada profesional es diferente y por ende, su aplicación en la práctica también lo será. Por lo cual se pondrá en juego la subjetividad de los mismos, íntimamente relacionada con su contexto circundante.

A través de la producción de conocimiento no solamente se contribuiría a nivel teórico, sino que podría implicar aportes a la práctica de la profesión y a distintas propuestas de acción. Esto podría ser muy beneficioso para aquellos/as terapeutas ocupacionales que se desempeñen laboralmente en el área o de no hacerlo, para quienes se encuentren interesados en involucrarse, entre ellos estudiantes de Terapia Ocupacional o carreras afines.

Dichas contribuciones podrían ser de gran utilidad para los centros y/o fundaciones en donde se practiquen este tipo de terapias. Estos, tienen un abordaje interdisciplinario por lo que el alcance de este trabajo sería de gran utilidad para aquellos profesionales que participen del mismo. Esto podría generar un impacto en la práctica de los mismos viéndose favorecido su desempeño profesional, al ampliar los conocimientos existentes y plasmar una perspectiva desde la Terapia Ocupacional. A su vez, sería un gran aporte para fomentar el trabajo en equipo, contribuyendo a una mayor comprensión y colaboración entre los distintos profesionales.

Al expandir los conocimientos de Terapia Ocupacional y las IACC, a los familiares de niños/as con ECNE se verían beneficiados ya que les permitiría conocer con mayor profundidad el método terapéutico y sus alcances. Así, esto facilita que más niños/as con esta patología puedan alcanzar aquellos beneficios que brinda este tipo de intervenciones y por ende, un mayor bienestar y calidad de vida.

V. Metodología

a. Tipo de diseño: cualitativo de carácter exploratorio-descriptivo.

b. Instrumentos de recolección de datos: Para la recolección de datos se elaboró un cuestionario semi-estructurado (Anexo 2). El mismo consta de preguntas abiertas, organizadas de acuerdo a los objetivos específicos de la presente investigación. En relación al primer objetivo específico se preguntó sobre los diferentes marcos/modelos, derivación, enfoques, entrevistas, evaluaciones, objetivos, plan de intervención, reevaluación y alta. En relación al segundo objetivo específico se preguntó sobre las actividades que se realizan abajo y arriba del caballo, que clasificación de las IACC utiliza, de qué manera se trabajan las diferentes destrezas de ejecución, qué ocupaciones se trabajan y la utilización del caballo y su ambiente como medio terapéutico.

c. Población y muestra seleccionada: Fueron seleccionadas 5 (cinco) Lic. en Terapia Ocupacional

d. Criterios de inclusión: Terapistas Ocupacionales o Lic. en terapia ocupacional que se desempeñen o se hayan desempeñado laboralmente en intervenciones asistidas con caballos, en las provincias de Santa Fe, Entre Ríos y Buenos Aires, que tengan como mínimo 3 (tres) años de antigüedad realizando IACC. Además que las mismas hayan trabajado con niños/as con ECNE en IACC.

e. Procedimiento: Para contactar a las Lic. en terapia ocupacional se buscaron centros y/o fundaciones donde se practiquen IACC por las plataformas de instagram, google maps, facebook, se consultaba si el centro y/o fundación contaba con dicho profesional y en el caso de responder que sí, se pedía el contacto y lo pasaban. Luego se le escribió un mensaje privado a dichas personas consultando si accedían a realizar una entrevista, a lo cual algunas accedieron, y otras no accedían por desconocimiento y no haber trabajado en niños/as con ECNE. Con las que si accedían se pactaba un día de encuentro y se le mandaba la entrevista para que sepan lo que se les iba a preguntar, junto con el consentimiento informado que fue devuelto con la firma virtual una vez concluida la entrevista. Llegado el día se le escribía unos minutos antes, para saber si estaba lista, se le consultaba cual plataforma le era más cómoda para realizar la entrevista a lo cual 4 mencionaron que sea meet y 1 videollamada por whatsapp. Se realizó la presentación del entrevistador, se consultaba si se podía grabar la entrevista a lo cual las 5 respondieron que sí, y posteriormente se continuó con la entrevista en sí.

las cuales duraron entre 40 a 45 minutos. Una vez recolectados los datos fueron analizados a través de las siguientes categorías de análisis y sus subcategorías correspondientes.

1. Describir el proceso de evaluación, intervención y resultados de Terapia Ocupacional en niños/as con ECNE que participan en IACC.

a. Evaluación

- i. Derivación.
- ii. Entrevista
- iii. Evaluaciones

b. Intervención.

- i. Marcos de referencia
- ii. Objetivos
- iii. Enfoque
- iv. Intervención.

c. Resultados.

- i. Revaluación.
- ii. Alta.

2. Identificar posibles intervenciones de Terapia Ocupacional en diferentes áreas de desempeño en niños/as con ECNE que participan en IACC.

a. Actividades y tiempo en las sesiones.

- i. Tiempo de las sesiones.
- ii. Actividades abajo del caballo (previas y pos monta)
- iii. Actividades arriba del caballo y modalidad de monta utilizada.

b. Destrezas de ejecución.

- i. Motoras y praxias.
- ii. Sensoriales-perceptuales,
- iii. Regulación emocional.
- iv. Cognitivas.
- v. Comunicación y sociales.

c. Ocupaciones

- i. AVD
 1. Alimentación.

2. Bañarse e higiene y arreglo personal.
 3. Vestido.
- ii. Educación
 - iii. Participación Social.
 - iv. Juego
 - v. Ocio y tiempo libre
- d. Caballo como medio terapeutico**
- i. Tres principios terapéuticos.
 - ii. Vínculo niño-Animal
 - iii. Ambiente.

Una vez relevados los datos, se procedió a realizar el análisis del contenido de estos, luego se llevó a cabo una discusión para ello se relacionaron los resultados obtenidos con el marco teórico. Lo obtenido en la discusión dio lugar a la conclusión, del trabajo.

VI. Resultados.

Para llevar a cabo este trabajo de investigación se entrevistó a 5 Lic. en Terapia Ocupacional, de las cuales 3 se desempeñan actualmente en el área y 2 actualmente no lo hacen. Las personas entrevistadas han sido designadas por motivos de confidencialidad de la siguiente forma: Entrevistada 1 (E1), Entrevistada 2 (E2), Entrevistada 3 (E3), Entrevistada 4 (E4), Entrevistada 5 (E5).

Para responder al primer objetivo de esta investigación, se plantearon las siguientes categorías de análisis: Evaluación, intervención, y resultados. Cada una de ellas además tiene sus subcategorías.

Objetivo: *“Describir el proceso de evaluación, intervención y resultados de Terapia Ocupacional en niños/as con ECNE que participan en IACC.”*

A. Evaluación.

Dentro de esta categoría nos encontramos con las siguientes subcategorías *Derivación, Entrevista y Evaluaciones.*

I. Derivación.

En cuanto a la Derivación se les consultó a las T.O. cómo llega un niño/a diagnosticado con ECNE a las IACC, y si trabajan con él en el consultorio convencional.

Las 5 entrevistadas respondieron que los niños/as pueden llegar por derivación médica o de otro profesional de alguna terapia a la cual acude. 4 de las 5 entrevistadas manifestaron que principalmente es el médico neurólogo quien deriva y autoriza que se realice esta terapia. La restante, la E1, manifestó que en el centro el cual trabaja son derivados y evaluados por un médico traumatólogo quien es el coordinador del mismo. La E3 manifestó que si llega derivado de otro profesional se le pide a la familia que primero lo consulte con un médico neurólogo si es que autoriza la realización de esta terapia. La misma manifestó que también pueden llegar derivados por un médico fisiatra o su pediatra. La E5 manifestó que en el centro donde trabajan llegan niños/as derivados por otros profesionales y en ese caso son evaluados por la médica neuróloga que trabaja allí. Las 5 entrevistadas manifestaron que no trabajan con el niño/a en el consultorio convencional.

II. Entrevista

Luego se consultó sobre el proceso de entrevista, la pregunta fue: ¿Qué aspectos se indagan desde Terapia Ocupacional que sean necesarios para el abordaje en niños/as con ECNE en las IACC?

Las 5 entrevistas tuvieron en común que indagan sobre cómo se desempeña el niño/a en las AVD, en el juego y demás ocupaciones, como en la escuela, en el juego y en la participación social. Teniendo en cuenta aspectos motrices y de socialización. Manifestaron que las entrevistas son predeterminadas, es decir que utilizan la misma para cada niño/a. La E1 manifestó que los coordinadores médicos realizan ellos la entrevista inicial, donde se indaga los datos personales del niño, y que ella como T.O. Luego indaga los estos aspectos mencionados anteriormente. La E2, manifestó que en primer lugar piden el CUD, aplican una ficha predeterminada, donde se preguntan los datos personales del niño; nombre, escolaridad, como está constituida la familia, actividades extraescolares que realiza el niño, etc. La E3 manifiesta que aplica una ficha predeterminada donde indaga sobre cómo fue el embarazo, si nació a término, las primeras semanas de vida, como fue el diagnóstico, se debe indagar cuáles son las prioridades a trabajar con ese niño/a para la familia. Agrega que nadie te enseña qué es lo que hay que indagar en las IACC, sino que esto es a prueba y error y te vas dando cuenta con el pasar de los años que aspectos son los que te sirven o no. La E4 manifiesta que es importante indagar la escolarización del niño para luego poder plantear las actividades en las sesiones. La E5 indaga en cómo viven los padres la situación de discapacidad de su hijo, cómo se sienten ellos.

III. Evaluaciones.

Luego se indaga sobre qué tipo de evaluaciones utilizan en niños/as con ECNE dentro de las IACC. Las 5 entrevistadas coincidieron que realizan evaluaciones no estandarizadas de carácter cualitativas, su medio de evaluación es la observación. Las evaluaciones son predeterminadas es decir que se aplica la misma para cualquier niño/a E2, E3 Y E5 mencionan que además semana a semana se va registrando en fichas lo que el niño realiza en las sesiones la comparación de estos datos semana a semana es una forma de ir llevando una evaluación constante.

La E1 menciona que al igual que la entrevista los coordinadores médicos del centro son quienes realizan las evaluaciones del niño, y si este está en condiciones

para realizar la terapia. Las evaluaciones que aplican evalúa: los miembros superiores e inferiores, el equilibrio y el tono muscular. La E2, manifestó que aparte de las fichas semanales, lo que utilizan es el registro fotográfico y de video del niño/a ya que con ello se puede ir observando el progreso del niño.

La E3, E4 y E5 manifiestan que el médico debe evaluar la cadera del niño si es que no existe una subluxación de la misma ya que es una contraindicación. Además debe evaluar si el niño tiene convulsiones o la sobreestimulación le puede provocar crisis epilépticas.

La E3 evalúa la autonomía en las avd, dentro de la psicomotricidad: el control de cuello, tronco, motricidad gruesa, fina, lateralidad, equilibrio, fuerza, si controla la fuerza, y además si ríe, si expresa los sentimientos, etc. La E4, evalúa el estado de los miembros inferiores y superiores, haciendo hincapié en estos últimos, evaluando las destrezas motoras gruesas y finas. y en cuanto a lo cognitivo: si tal actividad le resulta muy difícil o muy fácil. La E5: manifiesta que se debe tener en cuenta la edad del niño/a y que es lo que se espera que realice a esta edad, se evalúa las áreas sensorio motoras, psicológicas y social y como esto está influyendo en sus AVD.

B. Intervenciones

Dentro de esta categoría de análisis se encuentran las siguientes subcategorías. *Marcos y modelos de referencia. Objetivos. Enfoque. Intervención.*

I. Marcos y modelos de referencia.

Para responder a esta categoría de análisis, se consultó a las entrevistadas los diferentes marcos y modelos de referencia que se utilizan en las IACC. Las 5 entrevistadas manifestaron que se basan en los conceptos del Neurodesarrollo “Bobath” y además que tienen en cuenta aspectos de la integración sensorial. La E1: manifiesta que principalmente utiliza el modelo persona-ambiente-ocupación, además de estos marcos tiene en cuenta los fundamentos de la CIF, el marco rehabilitativo, y además en el centro que ella trabaja se empleaba un método propio para dirigir las intervenciones, creado por el coordinador y fundador del centro que se llama “Método Chamarrita” . La E2 menciona que además ella se basa en el modelo social de la discapacidad para guiar las intervenciones. La E3 agrega que utiliza como base el Modelo de la Ocupación Humana, y también aplica conceptos del marco conductual. La E4 manifiesta que también se basa en el marco rehabilitativo. y la E5 manifiesta que se basa en el Modelo

de la Ocupación Humana, y que además se debe tener formación en el área ecuestre, para identificar cual es el caballo más adecuado para cada chico, su morfología, temperamento, movimientos, señales que da el caballo. técnicas de desensibilización, entre otros aspectos.

II. Objetivos.

Luego se le preguntó Dentro del equipo interdisciplinario en el cual se encuentra inmersa/o ¿Cómo se plantean los objetivos para el abordaje en niños/as con ECNE? Las 5 entrevistadas coincidieron que los objetivos se plantean en relación a los datos obtenidos durante el proceso de evaluación y entrevista. Agregan que se debe tener en cuenta las necesidades de la familia y del niño. Las E2, E4, y E5, manifestaron que se trabaja con los objetivos que viene trabajando el niño por fuera de equino, es decir en el consultorio con su otra T.O., kinesiólogo, o fono. La E5 manifiesta que es importante mantener una comunicación recíproca con sus demás profesionales a los cuales acude el niño y considera valioso el trabajo en red con ellos. La E3 y E5, manifiestan que los principales objetivos en las IACC es que el niño genere un vínculo entre el niño y el caballo, manifiestan que este vínculo es fundamental para lograr los objetivos que nos vamos a proponer. En lo que respecta a ECNE E3 y E5 manifiestan que uno de los principales objetivos específicos va a ser que el niño tenga un adecuado control de tronco, control cefálico, y que esto permita la liberación de los miembros superiores, así se planifica pensar actividades pensado en las preferencias y objetivos con cada niños/as.

III. Enfoque

Se pregunto desde que enfoque se para la Terapia Ocupacional al trabajar en niños/as con ECNE. Todas las entrevistadas manifestaron que esto va a depender de las características del niño/a y los objetivos. E1 manifestó que se busca **restaurar** una función y las actividades van a estar dirigidas a ese propósito. E2 relato que se para desde el enfoque de **establecer**, agrega que con determinadas estrategias e intervenciones habilitamos al niño a través del juego. Si bien es algo lúdico, consideramos que es una terapia y al ser niños/as nos paramos desde la parte lúdica, desde el juego pero esto esta bien marcado que no es una rehabilitación sino es una habilitación. esto está bien definido para cada objetivo, para cada niño, que asiste al

centro y desde todas las áreas desde lo motriz social, habilitamos a un abanico de cosas, ver al niño en su totalidad. Sin embargo E4 menciona que aparte de pensarlo desde la habilitación, debemos tener en cuenta que hay ocasiones donde el chico deja de ir por alguna cuestión, al tiempo vuelve y se trabaja en recuperar las habilidades que había logrado y eso es rehabilitación E3 Y E5 coinciden en que va ir dependiendo de como se encuentre el niño que por lo general en niños/as con ECNE lo que se busca es **establecer** un tono postural correcto, y luego **mantener** ese tono. E5 menciona que también se puede pensar en **prevenir**, como por ejemplo contracturas, deformidades, se pueden **crear** espacios de juego o **promover** la interacción social. Agrega que la equino es muy amplia y nos permite pararnos desde diferentes lados, es lo que diferencia del consultorio ya que nos limita el espacio aca nos abre un abanico para poder intervenir.

IV. Intervención.

Ya entrando en la Intervención en sí misma se preguntó: ¿Cómo está compuesto el equipo interdisciplinario en el cual se encuentra inmersa/o? ¿Qué contribuciones realiza la Terapia Ocupacional en relación al plan de intervención, y en las intervenciones en sí misma. Las entrevistadas manifestaron que principalmente los equipos interdisciplinarios están compuestos por: Terapeuta Ocupacional, Psicólogas, Kinesiólogos, Psicopedagogas, Además en los equipos cuentan con personal que no son profesionales de la salud, pero tienen conocimientos de los caballos. E1, E4 Y E5 Cuentan con un veterinario en el equipo. E1 y E5, cuentan dentro del equipo con coordinadores médicos quienes evalúan al niño si está en condiciones de participar en las intervenciones. E2 destaca que dentro de su equipo tiene dos auxiliares que son jóvenes con discapacidad que están a través de un programa de la provincia (santa fe) donde tienen su sueldo y trabajan en el centro. E1 y E4 comentan que en el centro en el cual trabajan, asisten varios voluntarios de carreras afines. E1 manifiesta que todos los integrantes del equipo previo a ingresar deben realizar un curso que es dictado por ellos mismos.

En referencia a las contribuciones que realiza la terapia ocupacional en relación al plan de intervención y en las intervenciones en sí misma. Todas las entrevistadas manifestaron que en primer lugar se tiene en cuenta los resultados en las evaluaciones y entrevistas para planificar las intervenciones. La E1 menciona que en el centro en el cual trabaja el coordinador de dicho centro había diseñado junto a otras Terapistas

Ocupacionales un método denominado “Chamarrita” en el cual consiste en un circuito donde se van haciendo actividades motoras, sensoriales y cognitivas, nosotras nos encargamos de dirigir y planear esas actividades en relación a los objetivos que nos planteamos con el niño. La E2 Menciona que tiene en cuenta las AVD en las que el niño tiene dificultad y en base a eso analiza las destrezas de ejecución que debe potenciar para poder mejorar esas AVD. Manifiesta que ella se encarga de buscar las actividades que sean precisas para trabajar tal destreza. La E3 manifiesta que dentro del equipo interdisciplinario en el cual se encuentra, ella es la que tiene más herramientas en los aspectos motores, y coordina las actividades cuando se trabajan destrezas motoras, además es quien se encarga de evaluar el tiempo que un niño está arriba del caballo, la E3 relato que “los niños/as con trastornos neurológicos, no se puede tener por mucho tiempo arriba del caballo porque no lo va soportar. Aunque el caballo esté parado son muchos los estímulos que recibe, y lo vamos a sobreestimar y le podemos provocar un daño, en vez de que el niño evolucione vamos a hacer todo lo contrario. Es decir que tenemos que ir graduando y/o adaptando la actividad.” y agrega que otras de las contribuciones es la independencia y la autonomía del chico por ejemplo que el chico pueda hacer cosas por sí solo por ejemplo que él lleve las riendas que el se ponga solo en casco, etc.

E4 y E3 mencionan que en cuanto al plan de intervención se van a tener en cuenta los objetivos que ya se vienen trabajando con el niño/a por fuera de equino. en el caso que no concorra a T.O. u otras terapias, los objetivos los plantean ellas, las contribuciones están más abocadas a trabajar los aspectos motores, mas que nada trabajar el tono muscular, para así lograr un control cefálico y poder liberar los miembros superiores y esto nos permite lograr un montón de actividades en relación a las necesidades del niño. E5: menciona que como T.O. se va a encargar de analizar las actividades, cuáles son las habilidades, destrezas, los requerimientos, los materiales que vamos a utilizar. Y en el caso que sea, estas actividades se adaptan según las necesidades del niño, puede ser en cuanto a los materiales, los pasos que se requiere o graduarlas es decir de hacerlas de más simples a más complejas, o aumentando la dificultad. se debe tener en cuenta que no sean tan fáciles para que el niño no se aburra ni tan difíciles para que no se frustre y las mismas tienen que tener un propósito que el niño desarrolle un rol activo, y que sea motivadora para él, y que sea un desafío justo teniendo en cuenta sus capacidades.

C. Resultados.

Dentro de esta categoría se encuentran las siguientes subcategorías de análisis: Revaluación y Alta.

I. Revaluación

Para responder a esta subcategoría se le preguntó a las entrevistadas ¿Cada cuanto se re-evalúa? ¿Qué elementos se utilizan para medir si los objetivos planteados se llevaron a cabo? a partir de dicho resultado ¿que se determina? Las E1, E2 y E5 manifiestan que realizan evaluaciones de equipo cada 6 meses, donde aplican las mismas evaluaciones que aplicaron en la primera sesión. Desde ahí se analiza si los objetivos se llevaron a cabo o no. Sin embargo, todas las entrevistadas manifestaron se evalúa sesión a sesión a través de la observación y el registro. La E2 relata que semana a semana pasa algo distinto. entonces con las fichas, las fotos, lo vamos todo el tiempo evaluando. Cómo estuvo la semana anterior en un aspecto y como está esta semana en este aspecto y como esperamos eso en un futuro. Agrega que en relación a ello se van modificando las intervenciones, como por ejemplo agregar más o menos tiempo de monta, cambiar de caballo etc. E3 relata que la re-evaluación con el equipo la realizan a fin de año, vuelven a tomar las mismas evaluaciones de la primera sesión, salvo que se noten grandes avances en el niño se plantea una revaluación antes, de ahí se tiene en cuenta si hay que cambiar el objetivo, si se sigue con el mismo, cambiar la modalidad las actividades. E5 menciona que cada 6 meses hacen informes generales de todos los informes que se van haciendo semanalmente.

II. Alta

En cuanto al alta se preguntó: ¿Qué aspectos se tienen en cuenta para dar el alta a un niño ECNE que participa de estas intervenciones? ¿Cómo se mide? Las 5 entrevistas manifestaron que los niños/as suelen venir por muchos años a estas terapias. La E1: manifestó que por lo general nunca se plantea un alta, como es una terapia complementaria algunas veces los chicos dejan de ir. y luego tenemos pacientes que se denominan “los eternos” que van desde niños/as hasta llegar a la adolescencia. Con estos pacientes uno ve que se cumplieron los objetivos pero siguen asistiendo porque es una actividad de disfrute y los chicos quieren seguir yendo. Nosotros vemos que se cumplieron con los objetivos, esto se le comunica a la familia y se le da la

posibilidad de seguir asistiendo, pero un alta como lo conocemos nunca se da. En cambio las demás entrevistadas manifestaron que si plantean un alta como tal. E2 relata “tenemos de oído que hay niños/as que van eternamente equino, nos parece que esto no está bien, por ello damos de alta, porque nos parece parte de este proceso. Cuando vemos que los objetivos se cumplen damos el alta”; E2 al igual que E3 y E4 mencionan que se da de alta una vez cumplidos los objetivos. agregan que se utilizan las mismas evaluaciones y fichas de seguimiento E4, agrega que en cierto punto se llega a un tope o límite en mejoras en el niño y que debemos identificar cuando ocurre eso porque después se empieza a provocar un desgaste y esta actividad significativa, se vuelve aburrida o pesada por ello se debe pensar el alta. E5: Menciona que por lo general los niños/as llegan desde pequeños como desde menos de un año o 5 años y se da el alta cuando el chico está entrando a la adolescencia, pero aquí se le da la oportunidad de practicar la monta terapéutica o la equitación como deporte. Pero aquí ya no es intervención mía. E5 agrega que altas por decirte como consultorio no he tenido muchas, pero son cuando ciertos objetivos ya se llevaron a cabo y esto se mide con los informes. También pasa que se hace la evaluación final de año y nos planteamos los objetivos con ese niño para el año que viene y no acude a las sesiones, o las abandona, etc. E3 agrega que por lo general los padres de los niños/as manifiestan que quieren que el hijo siga yendo a las sesiones porque lo ven como una actividad recreativa. Las entrevistadas mencionaron que el alta se determina luego de una reevaluación.

Para responder al segundo objetivo específico, se plantearon las siguientes categorías de análisis: *Actividades y tiempo en las sesiones. Destrezas de ejecución. Ocupaciones Caballo como medio terapéutico.* Cada una de ellas tiene sus subcategorías correspondientes.

Objetivo: Identificar posibles intervenciones de Terapia Ocupacional en diferentes áreas de desempeño en niños/as con ECNE que participan en IACC.

A. Actividades y tiempo en las sesiones.

I. Tiempo de las sesiones

En cuanto al tiempo de las sesiones las E1 y E5 manifestaron que en total las sesiones duran 1 hs con aproximadamente 30 a 40 minutos de monta. El tiempo

restante es para actividades abajo del caballo. En cambio E2 manifiesta que la sesión en total dura 30 minutos y por lo general es todo monta aunque las primeras sesiones son con actividades abajo del caballo para que el niño/a se vaya acostumbrando y haciendo el vínculo con el animal y luego de haber establecido ese vínculo las actividades se centran en la monta. E3 Y E4 mencionan que las sesiones duran 45 minutos. con aproximadamente 30 minutos de monta y el resto para actividades abajo del caballo. E5 agrega que: “con ciertos chicos tenemos que trabajar mas a tierra para crear un vínculo porque no se quieren subir al caballo y hay que ir trabajando y llevándolo de a poco a ese chico, porque la idea no es que la pase mal arriba del animal, si va a ser la monta llorando y pasandola mal, lo vamos a perjudicar mas de lo que lo ayudamos ”

II. Actividades abajo del caballo

En relación a las Actividades que se realizan en las IACC las entrevistadas las dividen en actividades abajo del caballo y arriba del caballo. Todas las entrevistadas concuerdan que abajo del caballo se realizan actividades para fortalecer el vínculo entre el niño y el animal y que este vínculo luego nos va a servir para lograr que el niño monte. Entre las principales actividades encontramos: La E1: manifestaron que previo a subir al caballo, en los niños/as con más habilidades se trabaja la preparación del animal, poniendo el bozal, la matra; y además actividades como cepillado, caricias lo mismo cuando baja del caballo, allí se le da de comer una zanahoria y se realizan movilizaciones, marcha con paralelas. La E2 manifestó que se pueden realizar las mismas actividades tanto arriba del caballo como abajo y no hizo una diferencia puntual entre ellas, entre las actividades mencionó cepillado del pelo del caballo, cepillado de dientes, vestir al caballo, hacer trencitas con el pelo. E3 manifestó que abajo del caballo se trabaja toda la preparación del animal, relata que un chico con ECNE no va a poder poner una montura por sí solo, pero lo que se hace es que ayude sosteniendo las sogas y acompañando con su cuerpo, para darle un estímulo sensorial pero principalmente para que sea partícipe de la actividad.. E4: mencionó que: Abajo del caballo trabajamos el vínculo, la autonomía del niño, que sea él quien le da la zanahoria, que salga del niño acariciarlo o cepillarlo, que se el quien se ponga el casco para crear este espacio de vínculo y encuentro con el animal de manera autónoma e independiente y sea lo más significativo para el. Lo que buscamos siempre son las

actividades significativas y no el hacer por hacer. Además agrega que principalmente lo que se busca es la independencia y la autonomía en las AVD. E5 menciona: que durante el trabajo a tierra trabajamos las consignas, normas de seguridad, actividades de higiene, cuidado del caballo, esto lo hacemos con el cepillado y en ocasiones con el baño del caballo con el objetivo de fomentar la empatía, la autonomía, fortalecer rutinas de aprendizaje, habilidades de juego, habilidades comunicativas, vínculo y afecto. Estimulamos el sistema propioceptivo llevando al caballo, el tener una organización en la sesión nos sirve para que pueda llevar la organización a su vida diaria, procesamiento sensorial a través de la estimulación propioceptiva y táctil trabajamos las fases de la presión, motricidad gruesa y fina.” E3 y E4 manifestaron que antes de subir al caballo realizan movilizaciones pasivas, activas-asistidas, activas, esto es para preparar al niño para la monta.

III. Actividades arriba del caballo.

En primer lugar, en cuanto a la clasificación de las IACC, todas las entrevistadas respondieron que generalmente se utiliza la hipoterapia pasiva o activa con monta gemela esto cuando el niño tiene poco control o no tiene control de tronco. La monta terapéutica se utiliza en niños/as con control de tronco y por lo general son más grandes en cuanto a la edad. E5 menciona que esto es un proceso por lo general cuando llegan los chicos tienen poca estabilidad y se utilizar hipoterapia pasiva con monta gemela y vamos a intentar que el chico llegue a la monta terapéutica, el objetivo de esto es lograr la autonomía y que cada vez dependa menos de un terapeuta para realizar la actividad y así en un futuro pueda lograr la equitación como deporte pero ahí ya no interviene con t.o. En cuanto a las actividades arriba del caballo, las entrevistas mencionan que se utilizan los estímulos que brinda el animal, las entrevistas concuerdan que arriba del caballo está destinado a realizar actividades más relacionadas a las destrezas motoras, además concuerdan que uno de los objetivos a trabajar va a ser el control tronco y de la cabeza, y que ello va a permitir liberar los miembros superiores para realizar diversidad de actividades. Los principales juegos y actividades mencionadas fueron: juegos de encastre, tirar pelotas o aros a un objetivo, pasar aros por detrás de la cabeza, desabrochar botones, pescar arriba del caballo, etc. A esto se le suman los ejercicios que realizamos como subir los brazos, girar la cabeza, llevar el tronco hacia adelante y hacia atrás, etc.

B. Destrezas de Ejecución.

Las entrevistadas manifestaron que se pueden trabajar todas las destrezas de ejecución, y que además se pueden trabajar de manera conjunta, la manera de trabajarlas es a través del juego. E2 menciona que cada juego va a tener su componente motor, cognitivo, social, sensorial.

I. **Destrezas sensoriales-perceptuales:** Las 5 entrevistadas mencionaron que lo sensorial se trabaja acariciando al caballo, cepillándolo, sintiendo su olor, el olor de sus desechos, el olor a las plantas, la tierra que vuela en el predio, las diferentes texturas de los cepillos, de las monturas, de las riendas de los juguetes. E5 menciona que lo sensorio-perceptual está en acción todo el tiempo porque el cuerpo se está moviendo sin ninguna acción del niño, además de que al estar en una altura considerable el cuerpo entra en alerta, el sistema vestibular está siendo estimulado.

II. **Regulación emocional:** las entrevistadas mencionan que el vínculo que se genera entre el niño y el caballo fortalece las destrezas de regulación emocional. Mencionan que este vínculo se genera principalmente a través de las caricias y del cepillado. Menciona que el caballo es un gran motivador ya que al ser tan grande y que el chico lo pueda llevar y controlar aumenta su autoestima y autonomía. Además se fomenta una adecuada integración sensorial a través del sistema vestibular y propioceptivo.

III. **Las destrezas cognitivas** se estimulan con ciertos movimientos con las riendas para que el caballo doble a la izquierda o derecha para que frene para que camine para que avance.

IV. **Las destrezas de comunicación y sociales** Todas las entrevistas concuerdan en que se trabaja a través del vínculo con el caballo ya que el niño se comunica con él. Esto puede ser con un lenguaje verbal o no verbal además de que esto está presente durante toda la actividad. E1 y E2 mencionan que si hay otros chicos haciendo terapia se busca la interacción social y juegos en conjunto.

V. **Las destrezas motoras** las entrevistadas concuerdan de que se trabajan principalmente a través de la monta a través de los principios que esta transmite. sumado a la diversidad de juegos sensorio-motores donde también se ponen en juego las demás destrezas. E5 relata que para establecer un buen control postural, debemos asegurarnos que la pelvis esté en neutro, para lograr un buen asiento así lograr que los impulsos se transmiten correctamente, con un buen asiento vamos a lograr que trabajar

el tronco el control postural, el control cefálico. Las entrevistadas manifestaron que una vez estabilizado un adecuado control postural de tronco y cabeza, nos permite liberar los miembros superiores para proponer juegos y actividades entre las cuales están dirigidas a la alineación, simetría y lateralidad. favorecer la alineación del eje cabeza, cuello y tronco, mejorar la la co-activación de músculos agonistas y antagonistas, lograr mejor activación de tronco, mejorar los rangos de movimientos activos y pasivos, favorecer las fases de la presión; alcanzar, tomar, sostener y soltar, favorecer la manipulación intra mano y bimanual, la interacción óculo manual, motricidad gruesa, y fina con distintos tipos de pinza, alcances funcionales. E1 y E3 agregan las actividades que son denominadas pasivas, en las cuales el caballo se va desplazando en línea recta, en zic zac, en 8, en círculos, subir y bajar una rampa, esto favorece a los músculos posturales y de rotación de tronco. E4 y E3 mencionan que las actividades deben implicar un desafío motor justo al niño. E5 agrega que se deben tener en cuenta los miembros inferiores, buscamos la liberación relajación y simetría, se utilizan capachos que son como unos estribos que cubre todo el pie y favorece a la base de sustentación, y nos da una descarga de peso y favorecer a la cadena cerrada y una mejor organización postural E4 y E5 manifiesta que se debe ir controlando la postura del niño arriba del caballo, ir estabilizando las caderas, las escápula, mencionan que van activando la musculatura con propiocepción, esto puede ser con la mano, cepillos, bibrador, y además que realizan elongaciones arriba del caballo en decúbito prono, decúbito supino, hacia atrás.

C. Ocupaciones

I. **AVD:** En Cuanto a las principales AVD que un niño puede trabajar en las IACC, las entrevistadas manifestaron que se pueden trabajar todas las AVD porque un de los objetivos de las IACC es dar autonomía e independencia. E2 Y E5 manifiestan que cuando se trabaja alguna destreza de ejecución como el control de tronco no se piensa únicamente para una AVD en concreto sino para que a ello lo lleve a todas las áreas de desempeño. E2 menciona que principalmente se trabajan los componentes motores y cognitivos de las AVD. E3 menciona que va a ir dependiendo de la edad cronológica de cada niño y que es lo que se espera para cada edad. Pero principalmente las AVD que más se pueden trabajar según las Entrevistadas son: alimentación, higiene y arreglo personal, vestido, bañarse. Las entrevistadas agregan que en las sesiones se pueden realizar los mismos juegos y actividades que se realizan

en el consultorio, algunos de ellos pueden ser arriba del caballo y otros abajo.

1. **Alimentación:** las entrevistadas manifestaron que se trabaja a través de darle de comer al caballo, cortando la comida, manipulando y jugando con la avena que se le da de comer.

2. **Bañarse, higiene y arreglo personal** se trabajan con actividades como el cepillado del caballo, el bañado del animal. El cepillado de dientes, se trabaja cepillando con un palito y una gasa pasándolo por los dientes del caballo. E3 menciona que se puede trabajar el dejar el pañal cuando el niño ve que el caballo hace caca siente el olor, y entonces lo que se hace es ir y juntar la caca y tirarla donde corresponde, el niño a eso lo traspola a sus avd en el uso del inodoro. E3 y E5 mencionan que estas todas estas actividades repercuten en el Autocuidado y en el Cuidado de otros, aunque este último es una AIVD.

3. **Vestido** se trabaja poniendo las riendas, las matras al caballo, haciendo trencitas con el pelo del caballo,

En cuanto a las demás áreas de desempeño las entrevistadas consideran que al igual que las AVD se pueden trabajar todas las ocupaciones, porque principalmente lo que se trabaja es la autonomía e independencia y eso se lleva a todos los ámbitos de la vida. El área de desempeño de descanso y sueño no fue nombrada por ninguna entrevistada. En cuanto a las AIVD, solo fue nombrada por 2 entrevistadas, las cuales mencionan que las actividades de aseo al caballo repercuten en el cuidado a otros.

II. **Educación** las entrevistadas mencionan que podemos ir haciendo arriba del caballo, cuentas simples contado cuántas personas hay en el predio, cuántos caballos hay, pronunciar sílabas.

III. **La participación social:** se trabaja al interactuar con el equipo, saludar a los padres que están viendo E5 menciona que si esta la posibilidad de hacer actividades con otro chico lo hacen en beneficio de esto, y principalmente que esto le sirva luego para su vida diaria como por ejemplo pedirle algo a su compañero de banco y ahí ya estamos trabajando la educación.

VI. **El Juego.** E2 y E3 mencionan la importancia del juego simbólico dentro de las actividades como jugar a ser un jinete, ser batman etc. E2 menciona las sesiones en si se trabajan siempre a través del juego, este tiene que ser lúdico, donde se involucren las destrezas, significativo para el chico, debemos trabajar las habilidades del juego, como esperar un turno, respetar las reglas, que lo sensorio motor esté involucrado.

V. **El ocio y tiempo libre** las entrevistadas destacan que lo más importante de las IACC es que el niño no se da cuenta que está haciendo una terapia y lo ve como una actividad recreativa, y que le es significativa. E3 menciona que si esto no se cumple y el chico se aburre, le da miedo, la terapia es en vano.

D. Caballo como medio.

I. Principios Terapéuticos.

Las entrevistas mencionan que en primer lugar el calor se utiliza para relajar los músculos, E1 y E4 menciona que generalmente los chicos con ECNE tienen el tono muscular aumentado y esto ayuda a relajar, mencionan técnicas para que el calor se aproveche al máximo como montar a pelo o con una pequeña matra, si la espasticidad está muy acentuada en los miembros inferiores que tenga la menor ropa posible E4 menciona de al chico acostarlo de cubito prono y supino para transmitir el calor a todo el cuerpo. En cuanto a la transmisión del patrón de marcha. E4 y E5 mencionan que a través de este principio nos va a permitir estabilizar el control de tronco y de cabeza y con ello liberar los miembros superiores para la realización de actividades. E1 y E3 mencionan que la marcha del caballo a nivel de estímulos es la más parecida al del ser humano, es como si el niño estaría caminando, entonces es el estímulo que le estamos dando al cuerpo del niño que no sabe lo que es la marcha y le estamos dando esa info a nivel sensorial y neurológico. y en cuanto a los impulsos propioceptivos E1, menciona que estimula las reacciones de enderezamiento y equilibrio. E1 E5 Y E4 Mencionan que estos principios se dan en simultáneo y no es que se utiliza uno únicamente. E2 menciona que se le da tiempo al niño para que monte, que aunque el chico no monte no significa que no está haciendo IACC.

II. Vínculo

Las entrevistas manifiestan que el vínculo que se genera entre el niño y el caballo es fundamental para la realización de la terapia. Las entrevistas manifestaron que casi siempre se utiliza el mismo caballo para la realización de las sesiones ya que antes se evalúa cual es el más adecuado para cada chico teniendo en cuenta su temperamento, su morfología y su andar. E1 Y E2 manifiestan que en ocasiones cambian de caballo para trabajar con el niño la adaptación al cambio, y también para

prepararlo si en alguna ocasión el caballo se lesiona o está enfermo y no pueda ser utilizado para la terapia, esto para que el niño no sienta de golpe ese cambio. E3 y E5 manifiestan que en algunas ocasiones se les da la oportunidad de elegir un caballo, para fomentar la independencia y la autonomía, por lo general los chicos quieren usar siempre el mismo caballo porque se generó un vínculo. E3 y E5 agrega que el caballo también hizo un lazo con el chico, y a veces utilizar otro caballo es un impacto grande tanto para el niño como para el animal, para cambiar de caballo vamos a usar las mismas técnicas de vínculo que realizamos con el anterior caballo. Entre estas técnicas nos encontramos con el cepillado, E3 agrega que con el cepillado se genera un gran vínculo, porque los caballos entre ellos se vinculan de esa manera jugando a morderse, a refregarse entre ellos, así se comunican, entonces cuando una persona lo cepilla se vincula con el animal y al animal se vincula con la persona. es una comunicación recíproca, donde se genera un hábito, una rutina, le empieza a hablar, menciona que el chico dice: “voy a limpiar aca, tenes sucio aca, mira seño, tiene sucia la oreja vamos a limpiarla, y ahí ya nos involucro y ahí ya lo social entra en juego” E2 y E4 mencionan que el contacto con un ser vivo influye enormemente en la subjetividad, ya que el niño entiende que hay cosas que le gustan, cosas que no, que se enoja, que siente dolor, que tiene las mismas necesidades que él como comer, y principalmente sentir cariño.

III. Ambiente

Las entrevistas mencionan que el ambiente de las IACC es motivador y facilitador. Mencionan que en los centros en los cuales trabajan están alejados de la ciudad donde no hay ruidos molestos, son muy verdes, hay naturaleza, E4 menciona que a eso a los chicos los relaja porque generalmente vienen de consultorios cerrados, de la escuela, de estar mucho tiempo en su casa, E5 agrega que también es relajante para su familia ya que llegan al predio con los sillones con el mate y se sientan relajados a ver a su hijo como anda a caballo. E1 menciona que el ambiente al ser motivador el niño puede ser consciente de sus avances y logros por más mínimos que sean. E3 agrega que al estar los padres y que lo aplaudan para el chico es muy motivador además que trabaja mucho en el piso y el sentir el contacto con la tierra y con el pasto es agradable para el niño. sin embargo E3 mencionó que el ambiente puede tener sus contras ya que el niño si tiene tiene una desregulación tantos estímulos, los

desregula, o el espacio al ser tan grande no los ayuda a organizarse, o pierde de vista a alguien como a la mamá y se angustia, pero por lo general son más los pro que los contra. Las entrevistadas agregan que el sentir el calor, el viento, la tierra que vuela, los pájaros que cantan, olores del ambiente son estímulos buenos para estos niños/as que por lo general están mucho tiempo en sus casas. E2 menciona que es importante que el ambiente sea tranquilo ya que los caballos van a estar tranquilos y es fundamental para la intervención

VII. Discusión

Esta investigación tuvo como objetivo general describir el abordaje de la Terapia Ocupacional en el proceso de habilitación y/o rehabilitación en niños/as con ECNE, utilizando las intervenciones asistidas con caballos. Por ello, en primer lugar se planteó el objetivo específico de: “*Describir el proceso de evaluación, intervención y resultados de Terapia Ocupacional en niños/as con ECNE que participan en IACC.*” Se plantearon las siguientes categorías de análisis: Evaluación, intervención, y resultados. Cada una de ellas además tiene sus subcategorías.

A. Evaluación.

I. Derivación.

En primer lugar, las entrevistadas mencionaron que los niños/as con ECNE son derivados generalmente por un médico neurólogo, quien es el que evalúa la aptitud del niño/a para estas intervenciones o si se tiene que tener algún tipo de precaución. Según lo mencionado en el marco teórico, se debe presentar una indicación médica en la cual se indica el diagnóstico, características del mismo, y la aptitud para recibir este tratamiento. Tres de las entrevistadas mencionaron que el médico debe evaluar la cadera del niño si es que no existe una subluxación de la misma ya que es una contraindicación. Sin embargo Ormaechea (2010) señala que la subluxación y luxación de la cadera no es una contraindicación absoluta en el tratamiento mediante las IACC. Sería más acertado marcar a dicha condición como precaución al momento de realizar la monta, y no como contraindicación. Algunas de las precauciones pueden ser: Vendaje en ocho de la articulación, posiciones facilitadoras, elección de un caballo de lomo angosto, para evitar el exceso en la apertura de las caderas del niño/a.

II. Entrevista.

Dentro del proceso de evaluación tenemos las entrevistas. Guerrero (2018) menciona que en la entrevista inicial con la familia, en primer lugar se indaga sobre los datos personales del niño/a (nombre, edad, composición familiar, escolaridad) y sobre el día a día en la casa, en la escuela, en las actividades de la vida diaria, actividades extraescolares. Las entrevistadas concuerdan con esto, agregan que las entrevistas son predeterminadas, es decir que aplican las mismas preguntas a todos los niños/as que

asisten a las intervenciones. Guerrero (2018) menciona que al establecer los primeros vínculos con la familia, conocemos como vive la situación de discapacidad de su hijo/a, nieto/a, etc., esto fue mencionado por una entrevistada la cual mencionó que indaga cómo viven los padres la situación de discapacidad de su hijo/a. Una de las entrevistadas menciona que además se indaga sobre la historia de desarrollo; como fue el embarazo, como fue el parto, como fueron los primeros años de vida, además si tiene algún tipo de hipo o hiper sensibilidad. Principalmente se debe indagar cuáles son las prioridades a trabajar con ese niño/a para la familia. Guerrero (2018) menciona que esto último nos sirve para poner las prioridades a la hora de establecer los objetivos.

III. Evaluaciones.

Ya entrando en la evaluación en sí misma Guerrero (2018) señala que en primer lugar se encuentra la evaluación inicial, la cual nos ayuda a obtener información objetiva mediante la observación directa. El equipo interdisciplinario valora desde el primer contacto del niño/a con el animal, su relación con el equipo y como se desenvuelve en el nuevo ambiente. A partir de ello, se realiza una primera evaluación integral del niño/a, prestando gran atención a distintos ámbitos, físico, emocional, psicológico, cognitivo, comunicativo y sensitivo. Con respecto a esto las entrevistadas mencionan que tienen en cuenta evaluaciones que hizo su equipo médico, ellas como terapistas ocupaciones evalúan principalmente los aspectos de la psicomotricidad para realizar las AVD ;como el control de tronco y cuello, motricidad gruesa y fina, equilibrio, fuerza, el tono muscular en miembros superiores, inferiores. Todo esto mediante la observación. Guerrero (2018) menciona que para evaluar necesitamos de instrumentos de medición, estos pueden ser cualitativos y cuantitativos. En relación a los primeros nos permiten tomar valoraciones de la calidad del plan de trabajo así como de la metodología y los recursos empleados. Los instrumentos más utilizados son las entrevistas a las familias, la observación de cada profesional con su mirada desde su disciplina. Lo dicho por las entrevistadas concuerda con lo dicho por Guerrero ya que mencionan que realizan evaluaciones no estandarizadas de carácter cualitativas, su medio de evaluación es la observación. Las evaluaciones son predeterminadas es decir que se aplica la misma para cualquier niño/a que tenga la misma patología en este caso ECNE.

B. Intervenciones.

I. Marcos y modelos de referencia.

Como se mencionó anteriormente, para el proceso de intervención el profesional tendrá que basarse en marcos y modelos de referencia. Cerdone et. al. (2020) mencionan que los principales marcos de referencia y modelos propios utilizados en la práctica de Terapia Ocupacional y las IACC son el Modelo de la Ocupación Humana, la Teoría de Integración Sensorial y El marco del Neurodesarrollo “Bobath”. Estos dos últimos hacen referencia a los diagnósticos de carácter neurológico como la ECNE. Las entrevistadas mencionaron que al trabajar con niños/as con ECNE se basan principalmente en los marcos de Neurodesarrollo “Bobath” y tienen en cuenta aspectos de la integración sensorial. Además algunas de las entrevistadas mencionaron dentro de los marcos de referencia a la CIF, el marco rehabilitativo, marco de referencia conductual, el modelo social de la discapacidad. Y dentro de los modelos fue mencionado el Modelo de la Ocupación Humana, y el modelo de persona-ambiente-ocupación.

II. Objetivos.

En relación a los objetivos, en el marco teórico se hace referencia a Bezón et. al. (s/f) el cual mencionan que luego de haber realizado las evaluaciones se lleva a cabo una puesta en común de las diferentes evaluaciones realizadas por cada profesional. Las entrevistadas coincidieron que los objetivos se plantean en relación a los datos obtenidos durante el proceso de evaluación y entrevista. Agregan que se debe tener en cuenta las necesidades de la familia y del niño. Esto último es afirmado por el marco de trabajo. Además algunas de las entrevistadas mencionan que se trabaja con los objetivos que viene trabajando el niño por fuera de estas intervenciones.

III. Enfoque

El marco de trabajo menciona que dentro del proceso de intervención se tendrá un enfoque de intervención, las entrevistadas manifestaron que la elección de un va a depender de las características de cada niño/a y lo que se quiera lograr, esto concuerda con lo que dice el marco de trabajo ya que él mismo menciona “se basan en el resultado deseado de la persona, datos de evaluación y la evidencia.” Los enfoques más mencionados por las entrevistadas fueron establecer y mantener. Sin embargo otros enfoques que se podrían utilizar son: **prevenir**, como por ejemplo contracturas,

deformidades, se pueden **crear** espacios de juego o **promover** la interacción social. Una de las entrevistadas agrega que se debe pensar desde la habilitación y no desde la rehabilitación, ya que los niños/as con ECNE, lo que se busca es que la persona desarrolle habilidades y destrezas, sin embargo otras de las entrevistadas mencionó que se debe tener en cuenta el concepto de rehabilitación, ya que es común que algunos niños/as dejen por un tiempo las intervenciones y después vuelven, y en esos casos se trabaja en recuperar las habilidades que había adquirido, es decir desde el enfoque de restaurar. Esto concuerda con lo que menciona Ormaechea: “La rehabilitación busca recuperar funciones perdidas a través de procesos terapéuticos, educativos y sociales. En cambio, la habilitación es entendida como el espacio creado para que la persona desarrolle habilidades y destrezas.”

IV. Intervención.

Ya en el Proceso de intervención, en primer lugar se consultó ¿cómo estaban conformados los equipos interdisciplinarios? Ya que las IACC es fundamental trabajar con esta modalidad. Ormaechea (2022) menciona que en los mismos pueden estar conformados por: profesionales de la salud, educación, ecuestres y voluntarios. Las entrevistadas manifestaron que sus equipos están conformados por profesionales de estas áreas. Dos cuentan con coordinadores médicos, 3 cuentan con veterinario, 2 cuentan con voluntarios de carreras afines.

En referencia a las contribuciones que realiza la terapia ocupacional en relación al plan de intervención y en las intervenciones en sí misma. Las entrevistadas concuerdan en que se tienen en cuenta los resultados de las evaluaciones y de las entrevistas para planificar los objetivos junto al equipo interdisciplinario, mencionan que ellas como T.O, dentro del equipo tendrán en cuenta el fortalecimiento en las AVD y demás ocupaciones significativas para el niño/a. Otras acciones mencionadas por las T.O, dentro del equipo es la adaptación y la graduación de las actividades, de los materiales, del entorno. Esto concuerda con el marco de trabajo (2010) mencionado en el marco teórico.

C. Resultados

I. Reevaluación.

En el proceso de reevaluación, las entrevistadas manifestaron que se reevalúa cada 6 meses y esta es hecha de manera interdisciplinaria, y que se tienen en cuenta las mismas evaluaciones que se aplicaron en la primera sesión y además agregan que se está reevaluando sesión a sesión a través de la observación y el registro. Las entrevistadas mencionan que en relación a los datos obtenidos en la reevaluación lo que se plantea es: cambiar o seguir con el mismo objetivo, cambiar la modalidad de las actividades, agregar más tiempo de monta o cambiar al caballo. Lo mencionado por las entrevistadas, coincide en lo que dice Bezon, y Guerrero, el primero menciona que la reevaluación consiste en una sesión interdisciplinaria programada. El equipo se reúne para monitorizar la progresión del niño/a, los cambios en su situación clínica, física, funcional, mental, etc. Se revisan los objetivos propuestos para esa fecha y se analiza su cumplimiento, y los factores que han podido influir si éstos no se han alcanzado. Guerrero (2018) menciona que el objetivo de las mismas es ir valorando la evolución del niño/a dentro de su plan de intervención para ir adecuando y adaptando las actividades y los recursos a sus necesidades. Este tipo de reevaluación según el marco de trabajo son “revaluaciones formales” ya que las mismas comparan los datos del niño/a obtenidos durante la evaluación inicial con los obtenidos después de una fase de intervención. Sobre la base de los resultados de la reevaluación formal.

Cuando las entrevistadas manifiestan que se reevalúa sesión a sesión hacen referencia a lo que el marco de trabajo lo menciona como “revaluaciones informales” las cuales menciona que el equipo toma la decisión de continuar o suspender ciertas intervenciones sobre la base de la respuesta del niño/a a la intervención, el progreso hacia los objetivos y el logro de resultados.

II. Alta

En cuanto al alta las entrevistadas manifestaron que: en primer lugar los niños/as suelen venir por muchos años a estas intervenciones. Generalmente desde 1 o 5 años hasta llegar a la adolescencia. Una de las entrevistadas mencionó que: “con estos pacientes uno ve que se cumplieron los objetivos pero siguen asistiendo porque es una actividad de disfrute. Nosotros vemos que se cumplieron con los objetivos, esto se le comunica a la familia y se le da la posibilidad de seguir asistiendo, pero un alta como lo conocemos nunca se da.” Sin embargo las demás entrevistadas manifestaron que si se dan un alta y que el mismo se da cuando los objetivos planteados se llevaron a cabo. Esto último sería lo que más se adecua a lo que menciona Bezon (s/f) en el

marco teórico: El alta debe plantearse con tiempo, cuando se estime que el niño/a deja de beneficiarse del nivel asistencial en el que se encuentra. Las entrevistadas mencionaron que el alta se determina luego de una reevaluación, la cual se identifica con las evaluaciones que se van aplicando reevaluación a reevaluación. Esto concuerda con lo que se expresó anteriormente en el marco teórico, ya que Willard & Spackman (2021) menciona que al igual que en las demás fases del proceso de terapia ocupacional, la evidencia proporciona el fundamento para determinar si el niño/a requiere la continuación de la terapia ocupacional.

En cuanto al segundo objetivo específico, descrito como: “*identificar posibles intervenciones de Terapia Ocupacional en diferentes áreas de desempeño en niños/as con ECNE que participan en IACC.*” Para responder a este objetivo se plantearon las siguientes categorías de análisis: actividades y tiempo de las sesiones, destrezas de ejecución, ocupaciones, caballo como medio terapéutico.

A. Actividades y tiempo en las sesiones.

I. Tiempo en las sesiones

Dos de las entrevistadas manifestaron que la sesión en total dura 1 hs y de monta son entre 30 a 40 minutos el tiempo restante es para actividades abajo del caballo. En cambio una de las entrevistadas mencionó que la sesión en total dura 30 minutos y casi todo el tiempo es monta, aunque las primeras sesiones dan tiempo a que el niño desarrolle un vínculo con el animal. Por último 2 entrevistadas mencionaron que las sesiones en total duran 45 minutos y 30 minutos de monta aproximadamente, y el resto para actividades abajo del caballo. Las entrevistadas concuerdan en que en primer lugar se debe dar lugar a que el niño desarrolle un vínculo con el animal antes de iniciar la monta. En el marco teórico se mencionó a Luraschi (2016) la cual mencionó que la monta debe durar un promedio de entre 30 a 40 minutos, y se debe tener en cuenta que a los 20 minutos los niños/as comienzan a fatigarse, agrega que las sesiones en total deben durar 1hs teniendo en cuenta el tiempo de monta anteriormente nombrado. Esta misma autora menciona que se debe comenzar en las primeras sesiones con 15 minutos de monta para que el niño/a se vaya adaptando al caballo.

Esto no fue mencionado por las entrevistadas, pero si mencionan que al igual que esta autora, que se debe hacer un acercamiento gradual entre el niño y el animal.

II. Bienvenida o actividades previas a la monta.

En cuanto a las Actividades que se realizan en las IACC, Luraschi (2016) las divide en: bienvenida, monta y despedida. Las entrevistadas la dividen en actividades abajo del caballo y arriba del caballo. Sería más adecuado dividir la sesión como lo hace Luraschi, ya que cada una consta con su metodología específica y la suma de estas partes permiten la realización de los objetivos. Una de las entrevistadas mencionó que el tener una organización en la sesión nos sirve para que el niño/a pueda llevar la organización a su vida diaria.

Luraschi (2016) menciona que es primordial comenzar generando un ambiente de confianza y compañerismo a partir de la presentación entre el niño/a y el animal. Al comenzar cada sesión con actividades rutinarias y de aproximación al animal, esto para generar una relación afectiva entre el caballo y el niño/a. Además se trabajará sobre la superación del miedo. Esto concuerda con lo mencionado por las entrevistadas, mencionan que se deben realizar actividades para fortalecer el vínculo entre el niño/a y el animal, y que este vínculo luego nos va a servir para lograr que el niño monte. Una de las entrevistadas mencionó que abajo del caballo trabajamos el vínculo, la autonomía del niño/a; que sea él/ella quien le da la zanahoria, que salga del niño/a acariciarlo al animal o cepillarlo, que se el/ella quien se ponga el casco para crear este espacio de vínculo y encuentro con el animal de manera autónoma e independiente y sea lo más significativo para el/la niño/a. Lo que buscamos siempre son las actividades significativas y no el hacer por hacer. Además agrega que principalmente lo que se busca es la independencia y la autonomía en las AVD.

En lo que son las actividades abajo del caballo, pueden ser tanto como arriba como abajo, las entrevistadas mencionaron: el cepillado, darle de comer, actividades de higiene, normas de seguridad, que el niño ponga o ayude a poner y sacar las monturas al caballo. Además de que se pueden realizar variedad de juegos y actividades como se realizan en el consultorio sumando a las posibilidades que da el ambiente, como juegos simbólico, juegos sensoriomotor, etc. Las entrevistadas mencionan que el objetivo de las actividades debajo del caballo son: fomentar la empatía, la autonomía, fortalecer rutinas de aprendizaje, habilidades de juego, habilidades comunicativas, vínculo y

afecto. Además agrega que principalmente lo que se busca es la independencia y la autonomía en las AVD.

III. Monta.

Tres entrevistadas mencionan que previo a la monta en niños/as con ECNE se deben hacer movilizaciones pasivas, activas-asistidas, activas, esto es para preparar el cuerpo del niño para la monta. Luraschi (2016) recomienda realizar esto ya que de tal forma que sus músculos, articulaciones y mente estén preparados para la monta y los ejercicios que se realizarán arriba del caballo para adquirir la mejor alineación posible de la pelvis y así conseguir un buen asiento al montar.

En primer lugar, las entrevistadas mencionaron que generalmente la modalidad de monta que se utiliza en las IACC en niños/as con ECNE: es la hipoterapia pasiva o activa con monta gemela esto cuando el niño tiene poco control o no tiene control de tronco. La monta terapéutica se utiliza en niños/as con control de tronco. E5 menciona que esto es un proceso. Por lo general, cuando llegan los niños/as tienen poca estabilidad y se utiliza hipoterapia pasiva con monta gemela y vamos a intentar que llegue a la monta terapéutica. Esto concuerda con Ormaechea (2022) la cual menciona que en la hipoterapia pasiva se trabaja con niños/as que tienen dificultades en mantener el control de su postura por sus propios medios. A su vez en la monta terapéutica, se utiliza en niño/as que si tienen un control postural. Según el tipo de habilidad que presente cada paciente, se realizará la hipoterapia o la monta terapéutica. En relación a las actividades que se realizan arriba del caballo, las entrevistas mencionan que se utilizan los estímulos que brinda el animal, además que las actividades están más relacionadas a mejorar las destrezas motoras, y que dentro de los objetivos a trabajar va a ser el control de tronco y de la cabeza, y que ello va a permitir liberar los miembros superiores para realizar diversidad de actividades. A esto Luraschi (2016) lo expresa como: modulación del tono e inhibición de patrones patológicos de movimiento. La misma autora menciona que para ello se utiliza la monta gemela donde el paciente adopta distintas posiciones sobre el caballo (decúbito prono, decúbito supino, a lo largo, transversalmente, sentado de lado o de espaldas a la cabeza del caballo). Las entrevistadas mencionaron que los principales juegos y actividades que se realizan durante la monta son: juegos de encastre, tirar pelotas o aros a un objetivo, pasar aros por detrás de la cabeza, desabrochar botones, pescar arriba del caballo, etc. A esto se le suman los ejercicios como subir los brazos, girar la cabeza, llevar el tronco hacia

adelante y hacia atrás, etc. Luraschi (2016) lo menciona como: fortalecimiento muscular y la adquisición de las diferentes etapas del neurodesarrollo. Menciona que todos estos ejercicios deben hacerse al paso. Si el niño/a no puede realizar esos movimientos se los asiste tanto pasivamente o activo-asistidas. A su vez el caballo puede desplazarse en distintas direcciones: se puede comenzar realizando líneas rectas, luego dar vueltas en círculos, realizar vueltas en ocho. a su vez Gross (2006) menciona que mediante la realización de ejercicios neuromusculares que el niño/a realiza durante la monta, como juegos con lanzamiento y recepción de pelotas, aros, alcanzar las orejas del caballo, se refuerza la regulación del tono muscular, la disminución de los reflejos tónicos, la coordinación psicomotriz gruesa, la simetría corporal, la estabilización del tronco y la cabeza, se favorece el desarrollo de elasticidad, agilidad, fuerza muscular y equilibrio. Luraschi (2016) agrega que estas actividades pueden ir combinándolo con música, juegos que estimulen al niño/a al reconocimiento y descripción del entorno, las partes del caballo, el auto reconocimiento de la imagen corporal y la orientación espacial, además, en algunos juegos se solicita la participación de los padres, familiares o algún otro niño/a que esté en la sesión buscando así la interacción con los mismos.

IV. Despedida o Actividades después de la monta.

Luraschi (2016) recomienda que al finalizar la monta, se estimule al niño a darle un premio al caballo por hacer su tarea, etc. Las entrevistadas mencionan que realizan lo mismo en sus intervenciones. Además agregan que en ocasiones suelen bañarlos, llevarlos a tomar agua, dependiendo de los objetivos también se pueden proponer otros juegos y actividades como juegos de encastres, colorear letras y reconocimiento de estas, entre otras. Luraschi (2016) menciona que se debe realizar ejercicios de estiramientos y elongaciones una vez concluida la monta. Esto fue mencionado solo por 2 entrevistadas.

B. Destrezas de ejecución.

En cuanto a las destrezas de ejecución, las entrevistadas manifestaron que se pueden trabajar todas, y que además se pueden trabajar de manera conjunta. Cerdone et. al. (2020) señalan que para desempeñar una AVD u otra ocupación, los niños/as deben desarrollar destrezas de ejecución que permitan ajustarse a las exigencias del medio y a las demandas de la actividad. Es decir desarrollar las habilidades que son

requeridas para realizar una actividad.

I. **Destrezas sensoriales-perceptuales** : Son definidas según el marco de trabajo como: acciones para localizar, identificar y responder a sensaciones y para seleccionar, interpretar, asociar, organizar y recordar eventos sensoriales basados en experiencias a través de los sentidos: vista, oído, tacto, olfato, gusto, propioceptivos y vestibulares. Las 5 entrevistadas mencionaron que lo sensorial se trabaja acariciando al caballo, cepillándolo, sintiendo su olor, el olor de sus desechos, el olor a las plantas, la tierra que vuela en el predio, las diferentes texturas de los cepillos, de las monturas, de las riendas de los juguetes. E5 menciona que lo sensorio-perceptual está en acción todo el tiempo porque el cuerpo se está moviendo sin ninguna acción del niño, además de que al estar en una altura considerable el cuerpo entra en alerta, el sistema vestibular está siendo estimulado. Gross (2006) menciona que el sólo hecho de montar y estar en contacto con el cuerpo del caballo estimula la sensación táctil, se estimulan las vías sensitivas de las piernas y de la base de la pelvis. Agrega que este contacto puede aumentar cuando el niño/a se acuesta sobre el lomo del caballo aprovechando el calor y la vibración del lomo del caballo. De esta manera se regulariza la sensibilidad táctil que puede estar aumentada (hipersensibilidad) o disminuida (hiposensibilidad). La misma autora menciona que durante la monta los estímulos sensitivos se van combinando con los propioceptivos, el movimiento a través del espacio provee la oportunidad de responder a una gran variedad de estímulos somato-sensoriales, vestibulares y visuales, ayudando a tolerar los estímulos táctiles que el jinete va percibiendo.

II. **Regulación emocional:** El marco de trabajo las identifica como: identificación, manejo y expresión de emociones en la realización de actividades y en la interacción con otros. Las entrevistadas mencionan que el vínculo que se genera entre el niño y el caballo fortalece las destrezas de regulación emocional. Mencionan que este vínculo se genera principalmente a través de las caricias y del cepillado. Señalan que el caballo es un gran motivador ya que al ser tan grande y que el chico lo pueda llevar y controlar aumenta su autoestima y autonomía. Gross (2006) expresa que el contacto con un animal tan grande y fuerte causa, en principio, angustia e inseguridad que disminuyen conforme se trata al caballo (al limpiarlo, acariciarlo y montarlo). Cuando el niño/a establece una comunicación corporal con el caballo, se gana confianza sobre él y en sí mismo. La relación emocional del niño/a con el caballo es por lo general tan

estrecha (en especial si se monta siempre el mismo caballo) que fácilmente se establece una comunicación recíproca de gesticulación con el mismo.

III. Las destrezas cognitivas El marco de trabajo las define como: acciones relacionadas con la planificación y la gestión del desempeño de una actividad. Gomez Bonachia (2015) señala que los beneficios a nivel cognitivo en las IACC son: La autoestima, el autocontrol de las emociones, la autoconfianza, capacidad de atención y de memoria, reeducación de cualidades relacionales (respeto, responsabilidad y amistad), organización y secuenciación de actividades. Las entrevistadas expresan que se puede estimular con ciertos movimientos con las riendas para que el caballo doble a la izquierda o derecha para que frene para que camine para que avance. Además de que cada juego, cada actividad, tiene sus componentes cognitivos. Una actividad tan simple como tirar una pelota, tiene su planificación, su ejecución. Las entrevistadas mencionan si una actividad es muy simple se va graduando para que sea un desafío justo para el niño/a.

IV. Las destrezas de comunicación y sociales: El marco de trabajo las define como: acciones para comunicarse e interrelacionarse con otros durante las actividades. Todas las entrevistas concuerdan en que se trabaja a través del vínculo con el caballo ya que el niño se comunica con él. Esto puede ser con un lenguaje verbal o no verbal además de que esto está presente durante toda la actividad. Luraschi (2016) señala que cuando el niño/a establece una comunicación corporal con el caballo, se gana confianza sobre él y en sí mismo. E1 y E2 mencionan que si hay otros chicos haciendo terapia se busca la interacción social y juegos en conjunto. Lo cual concuerda con Gross (2006) que menciona que la comunicación puede extenderse a otros compañeros si se trabaja en grupo, realizar juegos a caballo junto con otros requiere tanto de la capacidad de comunicación analógica como de la verbal y fomentando la participación social. La misma autora señala que el desarrollo de la coordinación psicomotriz va ligado a una mejoría en la coordinación del área de la boca y lengua. El uso de ciertos ejercicios de vocalización durante la monta, como gritar vocales y sílabas y dar órdenes verbales al caballo refuerza la capacidad verbal. E5 relata que para establecer un buen control postural, debemos asegurarnos que la pelvis esté en neutro, para lograr un buen asiento así lograr que los impulsos se transmiten correctamente, con un buen asiento vamos a lograr que trabajar el tronco el control postural, el control cefálico. En relación

a esto, Ormaechea (2020) Señala que la base de sustentación de la persona que está sobre el lomo del caballo debe formar un triángulo entre los isquiones y el pubis, de esta forma la columna vertebral se mantiene erguida, siempre y cuando el caballo se encuentre parado. Cuando el caballo rompe su quietud, desplazándose al paso, genera cambios de movimientos y posturas en la persona que está sobre su lomo a esto dos de la entrevistadas lo denominan como actividades pasivas, en las cuales el caballo se va desplazando en línea recta, en zic zac, en 8, en círculos, subir y bajar una rampa, esto favorece a los músculos posturales y de rotación de tronco Las entrevistadas mencionaron que las actividades que se realizan a nivel motor están dirigidas a: la alineación, simetría y lateralidad. favorecer la alineación del eje cabeza, cuello y tronco, mejorar la co-activación de músculos agonistas y antagonistas, lograr mejor activación de tronco, mejorar los rangos de movimientos activos y pasivos, favorecer las fases de la presión; alcanzar, tomar, sostener y soltar, favorecer la manipulación intra mano y bimanual, la interacción óculo manual, motricidad gruesa, y fina con distintos tipos de pinza, alcances funcionales. Se deben tener en cuenta los miembros inferiores, buscamos la liberación relajación y simetría, se utilizan capachos que son como unos estribos que cubre todo el pie y favorece a la base de sustentación, y nos da una descarga de peso y favorecer a la cadena cerrada y una mejor organización postural E4 y E5 manifiesta que se debe ir controlando la postura del niño arriba del caballo, ir estabilizando las caderas, las escápula, mencionan que van activando la musculatura con propiocepción, esto puede ser con la mano, cepillos, bibrador, y además que realizan elongaciones arriba del caballo en decúbito prono, decúbito supino, hacia atrás. Todo esto mencionado concuerda con lo expresado en el marco teórico por diferentes autoras como Luraschi (2016), Ormaechea (2022) y Gross (2006)

V. **Destrezas Motoras:** El marco de trabajo las define como: habilidades para realizar actos motores, organizar, planificar y ejecutar movimientos. Las entrevistadas concuerdan de que se trabaja principalmente a través de la monta a través de los principios que esta transmite. sumado a la diversidad de juegos sensorio-motores donde también se ponen en juego las demás destrezas. Gross (2006) menciona que en las disfunciones neuromotoras como la ECNE se caracterizan por alteraciones del tono muscular, reflejos tónicos, presencia de patrones de postura y movimiento anormales. En aquellos casos donde el niño/a presente un tono elevado, el objetivo de la terapia será realizar actividades destinadas a reducirlo aprovechando, principalmente, la

transmisión de calor desde el lomo del caballo para inducir la relajación. Luraschi (2016) señala que la ejecución de ejercicios neuromusculares durante la monta es otra gran ayuda, a través de ellos se puede inhibir movimientos involuntarios y no coordinados. Se puede mejorar el tono, aumentar la coordinación entre músculos sinergistas y antagonistas, aumentar la fuerza muscular y facilitar patrones motores con un mínimo de esfuerzo. Los principales objetivos del trabajo a nivel físico en niños/as con ECNE y otras patologías neurológicas van a ser: regulación del tono muscular, disminución de reflejos tónicos y reacciones asociadas, grabación y automatización del patrón de locomoción.

C. Ocupaciones.

I. AVD: El marco de trabajo (2010) señala que el desempeño en las ocupaciones puede verse afectado por las destrezas de ejecución, las demandas de la actividad y los factores contextuales y del entorno. Las entrevistadas destacan el desarrollo de las destrezas de ejecución para mejorar el desempeño en una AVD u otra ocupación en los niños/as que participan en las IACC, que le permitan ajustarse a las exigencias del medio y a las demandas de la actividad. Cerdone et. al. (2020) destacan que desde la Terapia Ocupacional se puede considerar a las IACC como un facilitador del desarrollo de las destrezas de ejecución. Las entrevistadas manifestaron que se pueden trabajar todas las AVD porque uno de los principales objetivos de las IACC es dar autonomía e independencia. Además E2 Y E5 manifiestan que cuando se trabaja alguna destreza de ejecución como el control de tronco no se piensa únicamente para una AVD en concreto sino para que a ello lo lleve a todas las áreas de desempeño. Según las entrevistadas las AVD que más potencial tienen para trabajar en las IACC son: alimentación, higiene y arreglo personal, vestido, bañarse. Cada una de estas con actividades específicas, como por ejemplo:

1. **Alimentación:** las entrevistadas manifestaron que se trabaja a través de darle de comer al caballo, cortando la comida, manipulando y jugando con la avena que se le da de comer.

2. **Bañarse e higiene y arreglo personal:** se agrupan juntas ya que las entrevistadas mencionaron las mismas actividades para cada una, las cuales son: el cepillado del caballo, el bañado del animal. El cepillado de dientes, se trabaja cepillando con un palito y una gasa pasándolo por los dientes del caballo. E3 menciona que se puede trabajar el dejar el pañal cuando el niño ve que el caballo hace caca siente el

olor, y entonces lo que se hace es ir y juntar la caca y tirarla donde corresponde, el niño a eso lo traspola a sus avd en el uso del inodoro. E3 y E5 mencionan que estas todas estas actividades repercuten en el Autocuidado y en el Cuidado de otros, aunque este último es una AIVD.

3. **Vestido:** se trabaja poniendo las riendas, las matras al caballo, haciendo trencitas con el pelo del caballo

Las entrevistadas agregan que en las sesiones se pueden realizar los mismos juegos y actividades que se realizan en el consultorio, algunos de ellos pueden ser arriba del caballo y otros abajo. En cuanto a las demás áreas de desempeño las entrevistadas consideran que al igual que las AVD, se pueden trabajar todas las ocupaciones, porque principalmente lo que se trabaja es la autonomía e independencia y eso se lleva a todos los ámbitos de la vida. Entre ellas encontramos:

II. **Educación** las entrevistadas mencionan que podemos ir haciendo arriba del caballo, cuentas simples contado cuántas personas hay en el predio, cuántos caballos hay, pronunciar sílabas. Gross (2006) destaca la gran importancia en el área de la pedagogía porque esta desarrolla en el niño cualidades socio integrativas, tolerancia, paciencia y sentido de responsabilidad. Por eso se promueve cada vez más la integración de este tipo de terapias al área educativa, especialmente en la educación especial.

III. **La participación social:** se trabaja al interactuar con el equipo, saludar a los padres que están viendo E5 menciona que si esta la posibilidad de hacer actividades con otro chico lo hacen en beneficio de esto, y principalmente que esto le sirva luego para su vida diaria como por ejemplo pedirle algo a su compañero de banco y ahí ya estamos trabajando la educación. Fernandez (2013), señala que estas nuevas formas de relación con el ambiente, con otras personas, con el animal van a repercutir dentro de las relaciones familiares e institucionales.

IV. **El Juego.** E2 y E3 mencionan la importancia del juego simbólico dentro de las actividades como jugar a ser un jinete, ser batman etc. E2 menciona las sesiones en si se trabajan siempre a través del juego, este tiene que ser lúdico, donde se involucren las destrezas, significativo para el chico, debemos trabajar las habilidades del juego, como esperar un turno, respetar las reglas, que lo sensorio motor esté involucrado.

V. **Ocio y tiempo libre** las entrevistadas destacan que lo más importante de las

IACC es que el niño no se da cuenta que está haciendo una terapia y lo ve como una actividad recreativa, y que le significa. E3 menciona que si esto no se cumple y el chico se aburre, le da miedo, la terapia es en vano.

D. Caballo como medio terapéutico.

I. Tres principios terapéuticos.

En relación a los tres principios terapéuticos, las entrevistadas no se expresan en gran medida. Comentaron lo que ya se conoce desde la teoría. Como por ejemplo que el calor se utiliza para disminuir la espasticidad, mencionan que si la espasticidad está muy acentuada en los miembros inferiores que el niño/a tenga la menor ropa posible E4 menciona que al acostarlo de cubito prono y supino se transmite el calor a todo el cuerpo. En relación al principio de la transmisión de marcha, expresan que cuando el niño/a está montando, le da al cuerpo a nivel sensorial y neurológico información de como si estaría caminando. y en relación. a la transmisión de impulsos propioceptivos, destacan las reacciones de enderezamiento y equilibrio.

Una de las entrevistadas mencionó que aunque el niño/a no monte no significa que no esté haciendo IACC

II. Vínculo

En relación al vínculo, las entrevistadas mencionaron que el vínculo que se genera entre el niño y el caballo es fundamental para la realización de la terapia. Vasen. (2013) menciona que la comunicación, el contacto y la experiencia de relacionarse con animales es muy enriquecedora. Las IACC no son la excepción y ponen a nuestro alcance, diversos beneficios al área emocional y psicoafectiva del niño/a. Impactando positivamente en la subjetividad del mismo/a. Esto último fue mencionado por una entrevista la cual expresó que el contacto con un ser vivo influye enormemente en la subjetividad, ya que el niño entiende que hay cosas que le gustan, cosas que no, que se enoja, que siente dolor, que tiene las mismas necesidades que él como comer, y principalmente sentir cariño. Las entrevistadas expresaron que por lo general se utiliza el mismo caballo para la realización de las sesiones ya que en primer lugar se evalúa cual es el más adecuado para el niño. Luraschi menciona que la relación emocional del niño/a con el caballo es por lo general tan estrecha, en especial si se monta siempre el mismo caballo, que fácilmente se establece una comunicación recíproca de

gesticulación con el mismo. Las entrevistadas manifiestan que en ocasiones cambian de caballo para trabajar con el niño la adaptación al cambio, y también para prepararlo si en alguna ocasión el caballo se lesiona o está enfermo y no pueda ser utilizado para la terapia esto para que el niño no sienta de golpe ese cambio. En algunas ocasiones se les da la oportunidad de elegir un caballo, para fomentar la independencia y la autonomía, por lo general los chicos quieren usar siempre el mismo caballo porque se generó un vínculo. Una de las entrevistadas agrega que con el cepillado se genera un gran vínculo, porque los caballos entre ellos se vinculan de esa manera jugando a morderse, a refregarse entre ellos, así se comunican, entonces cuando una persona lo cepilla se vincula con el animal y al animal se vincula con la persona. es una comunicación recíproca.

III. Ambiente.

En relación al ambiente una de las entrevistadas menciona que por lo general los chicos/as que participan de las sesiones, asisten a muchas otras terapias y escuelas donde estos son ambientes cerrados, en cambio al estar al aire libre los relaja. Las entrevistadas agregan que el sentir el calor, el viento, la tierra que vuela, los pájaros que cantan, olores del ambiente son estímulos buenos para estos niños/as que por lo general están mucho tiempo en sus casas. Esto concuerda con lo expresado por Fernandez (2013) quien menciona que la práctica de esta terapia puede llegar a adquirir un significado especial para ellos ya que posibilitan un cambio de ambiente, salir de los espacios tradicionales de rehabilitación, desde una perspectiva nueva, en estrecha relación con la naturaleza. Ya que las actividades al aire libre son una fuente de experiencias gratificantes a nivel táctil, la sensación del viento, del sol sobre la piel, son experiencias totalmente placenteras y en muchos casos, escasas o novedosas. E3 mencionó que el ambiente puede tener sus contras ya que el niño si tiene una desregulación tantos estímulos, los desregula, o el espacio al ser tan grande no los ayuda a organizarse, o pierde de vista a alguien como a la mamá y se angustia

VII. Conclusión.

En la presente investigación se planteó como objetivo general *“Describir el abordaje de la Terapia Ocupacional en el proceso de habilitación y/o rehabilitación en niños/as con ECNE, utilizando las intervenciones asistidas con caballos”*. Para cumplir con el objetivo se llevaron a cabo entrevistas a cinco Lic. en Terapia Ocupacional que actualmente trabajan o han trabajado en IACC y que cuenten con la experiencia en la intervención en niños/as con ECNE dentro de las mismas.

Una vez concluidas las entrevistas, se desarrollaron los resultados obtenidos, y luego se realizó una discusión de los mismos con la teoría citada en el Marco Teórico teniendo en cuenta cada categoría de análisis planteada.

Se concluyó que este estudio alcanza a responder al objetivo general, ya que las entrevistadas describen cómo es el proceso de intervención de Terapia Ocupacional en IACC en niños/as con ECNE, e identifican sus intervenciones.

En primer lugar se describió el proceso de intervención de Terapia Ocupacional en un niño/a con ECNE en las IACC. Éste está compuesto por la evaluación, intervención y resultados. Se pudo realizar una descripción del mismo y de cada parte de este proceso.

En relación a la evaluación, se considera necesario que los niños/as diagnosticados con ECNE, deben presentar una certificación médica, en la cual se indique que el mismo/a puede montar y las precauciones que se deben tomar en el caso que existan.

La primera parte del proceso de evaluación son las entrevistas, las mismas están dirigidas a los familiares de los niño/as que participan de estas intervenciones. En primer lugar se debe indagar los aspectos personales del niño: nombre, edad, diagnóstico, terapias que realiza, escolaridad, composición familiar, medicación. Se puede realizar preguntas en relación a la historia del desarrollo; en cómo fue el embarazo, el parto y los primeros días de vida. Luego se indaga aspectos que debemos tener en cuenta como Terapistas Ocupacionales, entre ellos: como es el desempeño del niño/a en sus AVD, en el juego, en la participación social como se desempeña en la escuela, si realiza actividades extraescolares, como se vincula con los demás, en qué actividades es autónomo, en cuáles necesita asistencia, etc. Se debe indagar cuáles son los aspectos más primordiales para la familia a trabajar con ese niño/a ya que ello nos dará la prioridad a la hora de establecer los objetivos. Se sugiere tener entrevistas

predeterminadas, es decir aplicar la misma por igual a todos los niños/as que participen de las IACC. Sin embargo teniendo en cuenta que todos/as los niños/as son distintos, cada uno con sus particularidades, contextos, e historias de vida diferentes, la misma puede estar abierta a preguntas que surjan en el momento o durante el transcurso de la intervención.

En cuanto a las evaluaciones respecto a los niños/as con ECNE que participen en las IACC, se considera fundamental evaluar los aspectos de la psicomotricidad. Se debe tener en cuenta a la hora de evaluar: el control de tronco y cuello, motricidad gruesa y fina, equilibrio, fuerza, tono muscular en miembros superiores e inferiores, coordinación motora, sentido de la propiocepción; también lo sensorial, si existe una hiper o hiposensibilidad; lo emocional del niño/a, qué sentimientos (miedo, alegría) le provoca determinadas situaciones, además evaluar el estado anímico, su interacción con el caballo, la comunicación gestual y verbal con el equipo y el animal. Se recomienda que las mismas sean de carácter cualitativas mediante la observación y al igual que la entrevista desarrollar una evaluación propia y aplicar la misma para todo/as los niños/as con ECNE.

Continuando con el proceso de intervención, en cuanto a los marcos de referencia utilizados para abordar niños/as con ECNE en IACC, se sugiere utilizar el Neurodesarrollo "Bobath", y tener en cuenta aspectos de la Integración Sensorial. En cuanto a los modelos propios de la Terapia Ocupacional se considera el más adecuado el Modelo de la Ocupación Humana.

Para el planteamiento de los objetivos, se debe tener en cuenta los datos obtenidos en las evaluaciones y las prioridades que establezca la familia. Los objetivos que se plantean deben ser ocupacionales, es decir dirigidos a mejorar el desempeño en una AVD u otra ocupación. Además se deben considerar los objetivos que el niño/a viene trabajando por fuera de las IACC, y mantener contacto con los demás profesionales que trabajan con ese niño/a

El enfoque que se tendrá a la hora de intervenir, va de la mano de los objetivos que nos hayamos propuesto, en primer lugar debemos tener en cuenta la población a la cual nos dirigimos, por lo tanto debemos pensar al abordaje desde la habilitación, ya que los niños/as van a aprender y a crear habilidades. De esta manera, los enfoques más adecuados a la hora de intervenir, son establecer y mantener. El primero va dirigido al desarrollo de habilidades y destrezas y el segundo a que esas habilidades y destrezas se sostengan en el tiempo. Además podríamos agregar el enfoque de

prevenir, crear, promover; como por ejemplo, prevenir contracturas, deformidades articulares; crear espacios de juego o promover la interacción social, etc.

Con respecto a la intervención de la Terapia Ocupacional dentro del equipo interdisciplinario, el mismo planificará diferentes estrategias, actividades y juegos para el fortalecimiento de las AVD y demás ocupaciones que sean significativas para aquel niño/a y para su familia. Además se encargará de adaptar/graduar las actividades, los materiales o el entorno para que el niño/a pueda desempeñarse dependiendo de sus habilidades. Uno de los grandes beneficios de las IACC es que podemos abordar a la persona, desde los ámbitos: motor, sensorial, cognitivo, emocional, social, etc. Debemos tener en cuenta que se interviene desde el juego, y que las actividades y propuestas que brindemos deben presentar un desafío justo para el niño/a, sea en lo motor, sensorial o cognitivo.

Se recomienda realizar informes en cada sesión especificando cómo se desarrolló el niño/a durante la misma, otra buena opción es el registro fotográfico para poder ir observando de manera ilustrada cómo va avanzando la postura. Además se deben realizar reevaluaciones lo recomendable es que sean cada 6 meses luego de la primera evaluación inicial, utilizando las mismas que se tomaron en esa ocasión. Luego de haber realizado las correspondientes reevaluaciones, el equipo debe tomar la decisión de continuar con las sesiones o dar el alta. Si se decide continuar con las sesiones se debe plantear nuevos objetivos o continuar con los mismos si no se han alcanzado. Si se opta por esto último se debe tener en cuenta el por qué no se cumplieron los objetivos y realizar modificaciones en la intervención, en las actividades, o evaluar si el caballo es el indicado.

Si se opta por dar el alta, se debe considerar que los niños/as que participan en las IACC, suelen asistir por varios años a las sesiones, muchos de ellos llegan a la adolescencia e incluso siguen asistiendo una vez cumplidos los objetivos. Se sugiere dar un alta una vez que se identifique que las IACC ya no le aporten un beneficio al niño/a o que los nuevos objetivos no están al alcance del equipo para trabajarlos. Se considera importante dar el alta para dar como concluido este proceso, ya que el trabajar sin objetivos no sería una intervención terapéutica. Se recomienda una vez que el niño/a que participó de las IACC, y haya adquirido determinadas habilidades y destrezas, una vez llegada la adolescencia pueda practicar el deporte adaptado o paraecuestre.

Luego se identificó posibles intervenciones de Terapia Ocupacional en diferentes áreas de desempeño en niños/as con ECNE que participan en IACC. Se considera escasa la información brindada por las entrevistadas a la hora de preguntar concretamente ¿Cuáles son las áreas de desempeño que se pueden trabajar a través de las IACC ? Sin embargo, se concluye que como Terapistas Ocupacionales nuestra intervención va a ir dirigida a incrementar el compromiso y participación en las actividades de la vida diaria, u otra ocupación. y que para ello a través de las IACC se deben desarrollar habilidades y destrezas, denominadas como destrezas de ejecución. Entre ellas encontramos: las destrezas motoras y praxis, sensorio-perceptuales, regulación emocional, cognitiva, comunicación y sociales.

Las principales AVD que se favorecen con las prácticas de esta terapia son: la alimentación, el vestido, el baño, la higiene y arreglo personal. Además de repercutir positivamente en el autocuidado. Dentro de otras áreas de ocupación se destacan: la educación, el juego, la participación social, el ocio y el tiempo libre. En cuanto a las AIVD: el cuidado de otros. En añadidura, cabe destacar que una de las potencialidades de las IACC es el desarrollo de la autonomía e independencia del niño/a.

La modalidad de monta que se recomienda a la hora de intervenir en un niño/a con ECNE es la hipoterapia pasiva o activa con monta gemela, cuando el niño/a tiene poco control de tronco. Si el niño/a tiene control se puede optar por la monta terapéutica. Las actividades arriba del caballo están más destinadas al desarrollo de habilidades y destrezas motoras, esto no quiere decir que durante la misma no se puedan desarrollar otras habilidades. En cuanto a la duración de las sesiones se sugiere que las mismas duren aproximadamente 1 hs. En la cual se destinen 30 minutos a la monta, y el resto del tiempo se dedique a actividades debajo del caballo destinadas al desarrollo de AVD y fortalecer el vínculo entre el niño/a y el caballo. Esto se puede ir graduando dependiendo de las necesidades del niño/a.

La gran mayoría de trabajos de investigación hacen hincapié en los tres principios terapéuticos que brinda la monta, sin embargo el vínculo que se genera entre el niño y el caballo sumando al ambiente en donde se practica esta terapia son pilares fundamentales para el desarrollo de los objetivos. El vínculo que se genera entre el niño y el animal tiene un impacto positivo en la subjetividad de los niños/as ya que les da la posibilidad de entender que hay cosas que al caballo le gustan, cosas que no, que se enoja, que siente dolor, que tiene las mismas necesidades que él, como comer, estar limpio y principalmente sentir cariño. Esto el niño/a lo procesa y lo puede llevar a su vida

diaria beneficiando a su autonomía y a su desempeño ocupacional.

En cuanto al ambiente, es muy enriquecedor para los niños/as con discapacidad, ya que les da la posibilidad de salir de los espacios tradicionales de terapia, que en su mayoría son lugares cerrados, con intervenciones individualizadas. Estas intervenciones le dan la oportunidad de algo nuevo, con infinitas posibilidades de explorar y ser partícipes de la intervención. Además que el ambiente proporciona diferentes estímulos sensoriales, como el contacto con la tierra, con plantas, sentir una brisa, sentir el calor del sol, escuchar ruidos de pájaros. Esto también repercute al área emocional ya que estas experiencias suelen ser escasas en los niños/as con discapacidad. Cabe aclarar que aunque el niño/a no realicen monta, sea porque está contraindicada o por que no esté preparado para ella, de igual manera puede realizar IACC.

Previo a realizar esta investigación, al momento de contactar centros y/o fundaciones donde se realizan IACC, varios de ellos no contaban con Terapistas Ocupacionales en sus equipos. Muchos de los que sí contaban manifestaron que las mismas no realizan abordajes en niños/as con ECNE, sino que abordan niños/as con patologías relacionadas a: trastornos generalizados del desarrollo o mental/cognitivo.

Este Trabajo de Investigación demostró que la Terapia Ocupacional, es una profesión que tiene los alcances para poder integrar equipos interdisciplinarios de IACC, en los cuales se abordan niños/as con patologías de carácter neurológico como la ECNE. Sin embargo, se considera necesario realizar una formación/capacitación en IACC, ya que desde la formación universitaria este ámbito de desempeño profesional no se suele desarrollar.

No obstante, no debemos recortarnos únicamente a la población que aborda este trabajo ya que las IACC pueden ir dirigidas a cualquier persona sea su diversidad funcional y edad. Por ello se sugiere los siguientes interrogantes a trabajar:

- ¿Cómo las IACC pueden favorecer el desarrollo de habilidades laborales de jóvenes con discapacidad intelectual?
- ¿Cómo Influye las IACC en el desarrollo de habilidades sociales en niños/as con autismo?
- ¿Cual es el rol del Terapeuta Ocupacional en la práctica del deporte paraecuestre en jóvenes con diversidad funcional?

Para finalizar, a lo largo del presente trabajo se intentó plasmar la mirada integral y holística que presentan la Terapia Ocupacional y las IACC, puesto que abarcan a la persona en su totalidad, desde una mirada bio-psico-social considerando tanto el entorno como los diferentes aspectos de las personas. A partir de lo dicho, se considera que las IACC es un método útil para mejorar la calidad de vida de las personas, en este caso niños/as con ECNE a través del caballo como medio y facilitador del logro de objetivos.

IX. Referencias Bibliográficas.

- AATO. (2022). *¿Qué es la Terapia Ocupacional?* Asociación Argentina de Terapia Ocupacional. <https://www.terapia-ocupacional.org.ar/terapia-ocupacional/>
- Agorreta, E., Urteaga, G., Fernández, R., & Durán, P. (2016). Intervención del Terapeuta Ocupacional en Rehabilitación Física. *Colegio de Terapistas Ocupacionales de Navarra*.
- Auna. (2022). *¿Cuál es la diferencia entre salud y bienestar?* <https://auna.pe/cua-es-la-diferencia-entre-salud-y-bienestar/>
- Ávila Álvarez, A., Canosa, N., Groba, B., Martínez, R., Matilla, R., Bocannegra, N., y Talavera, M. (2010). *Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso* (2da. ed). Adaptación al Castellano del: American Occupational Therapy Association (AOTA).
- Bezon, C., Rojas, C., & Sanchez, A. (s/f). *El Equipo Interdisciplinar*.
- Bonachía, B. G. (2015). *Diseño de un programa de terapia asistida con caballos: aproximación desde la TO*. Universidade Da Coruña.
- Casaú, AM, & Guiu, JE (s/f). *Manual de Equinoterapia para Fisioterapeutas* . Editorial Prayma.
- Cavalli, C., Carballo, F., Bentosela, M., & Lanari, A. (s. f.). *Intervenciones Asistidas por Animales: alcances, desafíos y limitaciones*. https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/144170/CONICET_Digital_Nro.a213cf0d-cb79-4c68-a49a-40375ca04207_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Cedrone, J., Ronchino, R., & Storni, V. (2020). *Producción de conocimiento de Terapia Ocupacional y Equinoterapia en América Latina*. Universidad Nacional de San Martín.
- Chisholm, D., & Shell, B. (2016). Un panorama del proceso terapéutico y resultados. En *Willard & Spackman. Terapia Ocupacional*. (pp. 266–280). Panamericana Editorial Ltda.
- Equinoterapia Santa Fe. (2020). *XXXII Curso de Equinoterapia*.

- Fea, E. (2010). *Equinoterapia. Propuesta de superación por el caballo. Un vínculo propicio.* Dunken.
- Fernandez, A. (2013). *De Equinoterapia a TAACA equina.* FEM.
- Flores, M. F., & Molina, R. (2018). *El rol de la Terapia Ocupacional en los procesos de rehabilitación/habilitación en equinoterapia.* Universidad Andres Bello.
- Gomez Bonachia, B. (2015). *Diseño de un programa de terapia asistida con caballos: aproximación desde la TO.* Universidad da Coruña.
- Gross, E. (2006). *Equinoterapia la rehabilitación por medio del caballo.* Trillas.
- Guerrero, C. (2018). *Equinoterapia. Terapias asistidas con caballos.* paidotribo.
- Hurtado, I. (2007). La parálisis cerebral. Actualización del concepto, diagnóstico y tratamiento. *Unidad de Neuropediatría. Servicio de Pediatría. Hospital Sabadell. Barcelona.*
- Heredia Maller, R. (2022). *Efecto del método THERASUIT en niños y niñas con Encefalopatía Crónica No Evolutiva .* Universidad del Gran Rosario.
- Llàcer, M. T. (2017). *¿Como puede la hipoterapia ayudar a niños con hipotonia?* efisiopediatric. <https://efisiopediatric.com/puede-la-hipoterapia-ayudar-los-ninos-hipotonia/>
- *Ley Nacional de Equinoterapia,* (2022) (testimony of Gabriela Lena). <https://www4.hcdn.gob.ar/dependencias/dsecretaria/Periodo2022/PDF2022/TP2022/0922-D-2022.pdf>
- López Roa, L., & Moreno, E. (2015). Hipoterapia como técnica de habilitación y rehabilitación. *SciELO .*
- Luraschi, G (2016). *Rol del kinesiólogo en la Terapia Asistida con Caballos.* Instituto Universitario del Gran Rosario.

- Macías, M. L., & Fagoaga, J. (2002). *Fisioterapia en Pediatría*. McGraw-Hill, Interamericana.
- Martos-Montes, R., Ordóñez-Pérez, D., de la Fuente-Hidalgo, I., Martos-Luque, R., & García-Viedma, MR (2015). Intervención asistida con animales (IAA): Análisis de la situación en España. *Escritos de psicología* , 8 (3), 1–10. <https://doi.org/10.5231/psy.writ.2015.2004>
- Monje, L. (2020). “*Terapia asistida con equinos como herramienta terapéutica en un niño con autismo*”. *Presentación de un caso clínico* . Universidad del Gran Rosario.
- Moreno, W. (2020). Principales conceptos de la Terapia Ocupacional (MARCOS y MODELOS). *Red Estudiantil Mexicana de Terapia Ocupacional*. <https://redestudiantilmx.wixsite.com/website/post/principales-conceptos-de-la-terapia-ocupacional-marcos-y-modelos>
- Muñoz, A. (s/f). La Parálisis Cerebral. *Observatorio de la Discapacidad Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO)*.
- OMS. (2021). *Rehabilitación*. Organización Mundial de La Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>
- Ormaechea, A. (2010). *Displasia del desarrollo de la cadera en Terapias Asistidas Con Caballos*. Universidad Abierta Interamericana.
- Ormaechea, S. (2022). *Equinoterapia: raíces de un vínculo para la resiliencia*. Autoedición.
- Salome, M. Barilari, M. (2007) La equinoterapia, una coterapia que colabora desde un medio diferente. XIV Jornadas de Investigación y Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-073/8.pdf>
- Tuzzo, R. (2004). Abordaje Interdisciplinario en la Salud y Educación. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 21–40.

- Valverde, S. P. (2017). *Alteración asociada a parálisis cerebral infantil espástica: protocolo de técnicas de relajación aplicada a rehabilitación postural mediante equinoterapia*. Universidad de Guayaquil.
- Vasen, J. (2013). *Contacto niño-animal*. noveduc.

X. Anexos.

1. Consentimiento Libre y Voluntario :

Hoja de Información:

Esta investigación se enmarca en la realización de una Tesina para finalizar la carrera de grado de Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad del Gran Rosario. Para esto se llevarán a cabo entrevistas a Lic. en Terapia Ocupacional y Terapistas Ocupacionales que hayan ejercido esta práctica por al menos 3 (tres) años. Su participación en esta investigación es voluntaria, y puede decidir participar o no. O bien cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento. También puede decidir no responder a alguna pregunta. Toda la información obtenida es confidencial y anónima. Su participación en ella no implica riesgos para usted. La entrevista puede tener una duración aproximadamente de 40 minutos. Usted, podría no beneficiarse directamente de esta investigación, sin embargo, esperamos que su participación en este estudio contribuya a conocer el abordaje de la Terapia Ocupacional en los procesos de habilitación y/o rehabilitación en niños/as con Encefalopatía Crónica No Evolutiva (ECNE) utilizando las intervenciones asistidas con caballos.

....., acepto participar de la entrevista perteneciente a la investigación: “Abordaje de la Terapia Ocupacional en los procesos de habilitación y/o rehabilitación en niños/as con Encefalopatía Crónica No Evolutiva (ECNE) utilizando las intervenciones asistidas con caballos.”. Entiendo que los datos serán utilizados con fines académicos y la publicación con fines científicos preservando la confidencialidad de todo dato personal.

SI / NO acepto que la entrevista sea grabada para facilitar la recolección de la información.

Firma del/la profesional entrevistado/a::

Firma del alumno:

Aclaración de la alumno:

DNI de la alumno:

Firma de la directora de la tesina:

Aclaración de la directora de la tesina:

DNI de la directora de la tesina

Anexos.

2. Entrevista.

Objetivo: Describir el proceso de evaluación, intervención y resultados de Terapia Ocupacional en niños/as con ECNE que participan en IACC.

- 1) ¿Qué modelos/marcos de trabajo utilizas en las IACC en niños/as con ECNE?
- 2) ¿Desde qué enfoque se para la Terapia Ocupacional. al trabajar con niños/as con ECNE en las IACC?
- 3) ¿Cómo llega un niño/a diagnosticado con ECNE a las IACC? ¿Trabajas con ellos en el consultorio convencional?
- 4) En el proceso de entrevista, ¿Qué aspectos se indagan desde Terapia Ocupacional que sean necesarios para el abordaje en niños/as con ECNE en las IACC?
- 5) ¿Qué tipo de evaluaciones utilizas en el abordaje en niños/as con ECNE dentro de las IACC?
- 6) Dentro del equipo interdisciplinario en el cual se encuentra inmersa/o ¿Cómo se plantean los objetivos para el abordaje en niños/as con ECNE?
- 7) ¿Cómo está compuesto el equipo interdisciplinario en el cual se encuentra inmersa/o? ¿Qué contribuciones realiza la Terapia Ocupacional en relación al plan de intervención, y en las intervenciones en sí misma?
- 8) ¿Cada cuanto se re-evalúa? ¿Qué elementos se utilizan para medir si los objetivos planteados se llevaron a cabo? a partir de dicho resultado ¿que se determina?
- 9) ¿Qué aspectos se tienen en cuenta para dar el alta a un niño ECNE que participa de estas intervenciones ? ¿Cómo se mide?

Objetivo: Identificar posibles intervenciones de Terapia Ocupacional en diferentes áreas de desempeño en niños/as con ECNE que participan en IACC

- 10) ¿Cuánto tiempo duran las sesiones? Teniendo en cuenta las actividades arriba y abajo del caballo.
- 11) ¿Qué actividades se hacen arriba y abajo del caballo? ¿Qué objetivos ocupacionales tienen las mismas?
- 12) Según la clasificación de las IACC ¿En qué modalidad participan habitualmente los niños/as con ECNE? (Hipoterapia activa o pasiva, monta terapéutica, equitación como deporte adaptado)
- 13) ¿De qué manera se trabajan las diferentes destrezas de ejecución? (Destrezas motoras y praxias, sensoriales-perceptuales, regulación emocional, cognitivas, comunicación y sociales.)
- 14) ¿Cuáles son las principales AVD de un niño/a que se pueden trabajar a través de las IACC? ¿a través de qué actividades?
- 15) ¿Qué otras ocupaciones de un niño/a se pueden trabajar utilizando las IACC? ¿a través de qué actividades?
- 16) ¿Cómo se aprovechan los tres principios terapéuticos para la intervención con un niño con ECNE?
- 17) ¿Cómo se puede aprovechar el vínculo entre el niño/a y el animal para la intervención con un niño/a con ECNE? ¿siempre se usa el mismo caballo con ese niño?
- 18) ¿Cómo se puede aprovechar el ambiente de las IACC en la intervención con un niño/a con ECNE.

Conceptos

Enfoques o enfoques de intervención de terapia ocupacional son: *estrategias específicas de intervención seleccionadas para dirigir el proceso de intervención que se basan en el resultado deseado del cliente , datos de evaluación y la evidencia.* Los mismos pueden ser: Crear o promover - Establecer o restaurar - Mantener - Modificar - Prevenir. (Marco de trabajo, 2010)

Las destrezas de ejecución son definidas como “habilidades que demuestran los clientes en las acciones que llevan a cabo.” Estas son: destrezas motoras y praxis, sensoriales-perceptuales, regulación emocional, cognitivas, comunicación y sociales. Son las unidades del desempeño ocupacional más pequeñas y observables que se ligan a la ejecución de una tarea”. (Marco de trabajo, 2010)