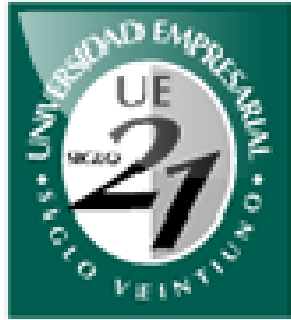


# **EQUINOTERAPIA Y SÍNDROME DE DOWN**



UNIVERSIDAD EMPRESARIAL SIGLO 21



Trabajo Final de Graduación

Licenciatura en Psicología

# **EQUINOTERAPIA Y SÍNDROME DE DOWN**

ALUMNA: DE BEDIA, MARÍA CANDELARIA

Legajo: PSI-723

DNI: 32.493.063

-2011-

## **RESUMEN**

El presente TFG tiene como objetivo investigar los cambios psicológicos percibidos en pacientes con Síndrome d Down a partir de tratamientos con caballos. Se utilizó una muestra de cuatro sujetos que asisten al Centro de Equinoterapia “Córdoba Deportes”, de los cuales dos son mujeres y dos hombres, con edades comprendidas entre los nueve y veintinueve años, que han asistido entre tres meses y un año y medio a Equinoterapia.

Para recabar los datos, se entrevisto a los padres que asistían con los pacientes, al equinoterapeuta y a los pacientes, para lo cual se utilizó un cuestionario estructurado que mide tres dominios psicológicos: Psicoafectivo, Conductual y Social. Finalmente se realizaron observaciones no estructuradas que permitieron ampliar la información obtenida.

En los resultados se obtuvo que los pacientes con SD que concurren a Equinoterapia presentan cambios de mayor o menor intensidad en los tres dominios, resaltando el social donde se observaron mejorías en todos los pacientes. Respecto del dominio Psicoafectivo se determino que los principales cambios se dieron en inteligencia emocional, efusividad afectiva, ansiedad, tolerancia a la frustración y lenguaje expresivo.

En el dominio conductual, se observaron cambios en relación a la atención y constancia, hiperactividad, iniciativa, respuesta y reacción frente al ambiente y generalización de tareas aprendidas. Finalmente, en el dominio social se detecto que la relación con otras personas y la autonomía cambiaron para mejor significativamente en los cuatro pacientes.

## **ABSTRACT**

This TFG aims to investigate the observable psychological changes in patients with Down syndrome from treatments with horses. A sample of four subjects attending the Equine Center "Cordoba Sports", of which two are women and two men, aged between nine and twenty nine years, who have attended between three and eighteen month to this kind of treatments.

To gather data, we interviewed parents attending to patients, patients and the professionals who work in the therapy, for which we used a structured questionnaire that measures three psychological domains: psychoaffective, behavior and social. Finally unstructured observations were made that broadened the information obtained.

The results obtained with SD patients attending Equine therapy shows greater or lesser extent changes in all three domains, highlighting the social where improvements were seen in all patients. Regarding psycho domain was determined that the main changes occurred in emotional intelligence, emotional exuberance, anxiety, frustration tolerance and expressive language.

In the behavior domain changes were observed in relation to care and constancy, hyperactivity, initiative, response and reaction to the environment and generalization of learned tasks. Finally, in the social domain was detected that the relationship with others and autonomy significantly changed for the better in all four patients.

# ÍNDICE

	<u>Pág.</u>
RESUMEN .....	3
ABSTRACT.....	3
AGRADECIMIENTOS .....	6
INTRODUCCIÓN.....	7
JUSTIFICACIÓN Y ANTECEDENTES.....	8
TEMA - PROBLEMA .....	10
TEMA:.....	10
PROBLEMA:.....	10
OBJETIVO GENERAL Y OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	11
OBJETIVO GENERAL.....	11
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	11
MARCO TEÓRICO .....	12
CAPITULO I: DISCAPACIDAD.....	12
CAPITULO II: SÍNDROME DE DOWN.....	15
CAPITULO III: DEFINICIÓN DE DOMINIOS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN .....	29
CAPITULO IV: TERAPIAS ALTERNATIVAS .....	34
CAPITULO V: EQUINOTERAPIA.....	37
CAPITULO VI: DESCRIPCIÓN DEL CENTRO DE EQUINOTERAPIA CÓRDOBA DEPORTES .....	50
METODOLOGÍA .....	52
DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO .....	52
POBLACIÓN .....	52
MUESTRA .....	53
INSTRUMENTO.....	53
APLICACIÓN.....	54
ANÁLISIS DE DATOS.....	54
PLAN DE ACTIVIDADES.....	55
ANÁLISIS DE DATOS.....	57
PROTOCOLO N° 1: JERÓNIMO.....	57

PROTOCOLO N° 2: SOFÍA.....	64
PROTOCOLO N° 3: LUCIANA.....	70
PROTOCOLO N° 4: DAVID.....	78
CONCLUSION GENERAL.....	86
BIBLIOGRAFÍA.....	96
ANEXOS .....	98
ANEXO I: CARTA INFORMATIVA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	98
ANEXO II: CUESTIONARIO PARA PADRES Y PROFESIONAL DE LA EQUINOTERAPIA .....	100
ANEXO III: MODELO DE CUESTIONARIO PARA PACIENTES DE EQUINOTERAPIA:.....	109

## **AGRADECIMIENTOS**

Al finalizar un trabajo arduo de investigación y análisis de datos solo queda resaltar la ayuda recibida en todos los aspectos. Estas líneas cobrarán sentido para aquellas personas que estuvieron presentes en mi vida y en la realización de este trabajo.

A mis padres, que sin importar condiciones estuvieron presentes siempre apoyándome y ayudándome en todo momento. Les agradezco, además, el ser perseverantes, nunca bajar los brazos y haberme transmitido esa forma de vivir.

A mi hermana, compañera de mi vida, por estar siempre para calmar mis ánimos, por haberme entendido todos estos años y haberme ayudado en todo lo que pudo.

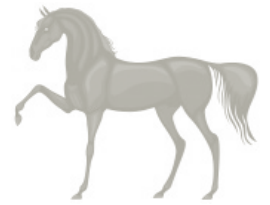
A mi abuela que por más lejos que estemos las dos, se preocupó por cada instancia del TFG, brindándome su punto de vista y ayudándome con todos sus conocimientos.

A mis compañeros de estudio y amigos por haber compartido conocimientos, ideales y sueños profesionales.

A Ricardo, por el lugar brindado en la institución, por transmitirme sus conocimientos, capacidades y por todo el cariño.

A los padres de los pacientes por participar y aportar datos importantísimos para el TFG.

A Alelí Ortiz por su gran aporte a esta investigación, por ayudarme a dirigir el enfoque del TFG y facilitarme métodos para que el mismo pueda ser realizado.



## INTRODUCCIÓN

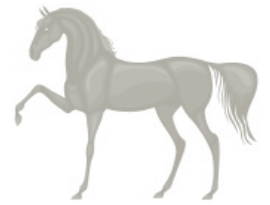
El presente trabajo consiste en la realización de un Proyecto de Investigación cualitativa Aplicada o P.I.A., en el cual se van a investigar los cambios psicológicos percibidos en la Equinoterapia desde la mirada de los propios pacientes con Síndrome de Down, sus padres y el profesional a cargo de la terapia. Esta investigación se realizará en el Centro de Equinoterapia “Córdoba Deportes”.

Se considera a la Equinoterapia como una Terapia Alternativa dentro de las Zooterapias, campo que viene desarrollándose desde fines de la Segunda Guerra Mundial y que se encuentra en actual expansión en el ámbito de la Psicología. Por lo tanto, surge el interés de evaluar sus posibilidades rehabilitadoras en cuanto a evoluciones psicológicas ocurridas en pacientes con Síndrome de Down y, además, de aportar información a esta área en desarrollo.

La Equinoterapia es considerada la terapéutica actual desde un enfoque multidisciplinar en el ámbito de la discapacidad.

En el presente Trabajo Final de Grado (T.F.G.), se focalizarán, en específico, los cambios psicológicos que se pueden derivar de los tratamientos de Equinoterapia.

La patología elegida para estudiar estas evoluciones en los tratamientos es, como lo adelantamos, el Síndrome de Down (en adelante SD), ya que en las personas con esta patología podemos notar cambios en los niveles conductuales, psicoafectivos y sociales que pueden ser de importancia como aportes a la Psicología.



## JUSTIFICACIÓN Y ANTECEDENTES

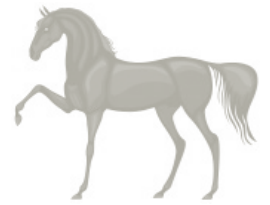
El tema de la Equinoterapia fue elegido con el objetivo de contribuir a la investigación en este nuevo campo, y, particularmente, por el interés de conocer el tipo de evoluciones que ocurren en los pacientes que reciben este tipo de terapia. La Equinoterapia, al utilizar a los caballos con finalidades estimuladoras y reeducadoras, constituye una modalidad de la Zooterapia o terapia asistida con animales en tres diferentes áreas de trabajo: hipoterapia, monta terapéutica y volteo, y equitación como deporte para discapacitados (E. Gross, 2006, y Ernst, M. y M. de la Fuente, 2007).

Esta área terapéutica es considerada multidisciplinar porque en ella trabajan principalmente profesionales de fisioterapia/kinesiología, equitación, terapeutas en Equinoterapia, psiquiatras y psicólogos. Así E. Gross, una de las autoras consultadas para este trabajo, en su libro *Equinoterapia: la rehabilitación por medio del caballo* (2006), plantea que la Equinoterapia, como término que engloba las tres áreas antes citadas, abarca la integración de cuatro ámbitos profesionales diferentes: la medicina, la psicología, la pedagogía y el deporte, cada uno de ellos dirigido a diferentes tipos de discapacidades utilizando estrategias terapéuticas distintas.

Las variables a medir en este trabajo son los cambios percibidos por los pacientes, sus padres y profesional de la Equinoterapia en los pacientes con Síndrome de Down. Las variables están referidas a evoluciones en los niveles conductual, psicoafectivo y social de los pacientes. Si bien no se han encontrado antecedentes específicos al respecto, Hernández García y Luján Muñoz (2006), plantean, respecto a las evoluciones en los tratamientos de Equinoterapia, que:

*[...] la práctica constante de la Equinoterapia da resultado a corto, mediano y largo plazo por diferentes vías: la primera, a corto plazo, donde el estilo y la calidad de vida se modifica desde la primera práctica, ya que el solo hecho de cabalgar nos pone en un medio distinto al desplazamiento normal que habitualmente efectuamos, lográndose con ello, una actividad placentera donde liberamos pequeños niveles de adrenalina y endorfinas, así como otros neuromoduladores y al mismo tiempo se ejecuta un ejercicio rítmico en forma pasiva aparentemente, pero, que se convierte en realidad en un ejercicio activo y dinámico aportando al cuerpo (jinete) alrededor de 200 estímulos mecánicos por*



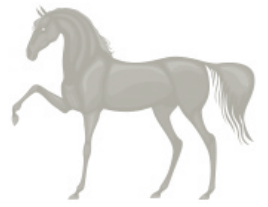


*minuto más una enorme gama de otros estímulos propioceptivos, auditivos y visuales (pp. 71-72).*

Otra de las variables por medir en las que podemos encontrar evidencias sobre la eficacia de la Equinoterapia, se describe en el trabajo publicado por Pérez del Río y Rodríguez del Burgo (s/f.), titulado *Proyecto de Hipoterapia: La eficacia de la terapia ecuestre con adolescentes que tienen problemas de drogas*. Los autores enfocan el tratamiento de adolescentes drogadictos mediante la terapia ecuestre y concluyen diciendo que el caballo es el animal ideal para poder ver el estilo del paciente, ya que en la relación con el caballo se reproducirá la relación que el paciente establezca comúnmente con los demás, las pautas de relación con lo que le rodea, con los compañeros, con sus familiares, etc.

Así, mediante el proceso ecuestre, se pueden encontrar oportunidades y motivos para valorar a los adolescentes y detectar sus fortalezas y excepciones positivas, que raras veces se muestran en otros contextos. A través de esta terapia, el adolescente puede percibir de otra forma su cuerpo y podrá llegar a controlar situaciones de una manera lúdica. Este control sobre el exterior percibido por el adolescente podrá aumentar a través de la relación que él mismo establezca con el caballo y también del aprendizaje de las técnicas ecuestres. Finalmente, los autores sostienen que, a través de esta terapia, se promueve un estilo de ser proactivo. Esta es una actividad que tiene que ver con el aprendizaje de la técnica, de lo emocional y del vínculo.

Como se evidencia en los trabajos antes citados, la terapia equina ha demostrado tener resultados en diferentes ámbitos. Sin embargo, pocos estudios han sistematizado los datos a través de una investigación. En función de ello, en este trabajo se pretende estudiar de qué manera esta terapia alternativa puede afectar la evolución de pacientes con Síndrome de Down.



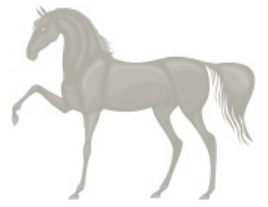
## TEMA - PROBLEMA

### TEMA:

1. Equinoterapia: cambios psicológicos percibidos en los tratamientos de pacientes con síndrome de Down evaluados desde la mirada de los pacientes, su/s padres y del profesional a cargo de la terapia.

### PROBLEMA:

2. ¿Qué tipo de cambios se perciben en pacientes con Síndrome de Down que hacen Equinoterapia?



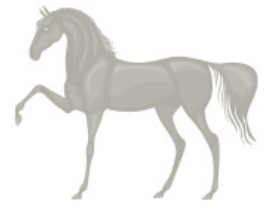
## **OBJETIVO GENERAL Y OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

1. Describir los cambios psicológicos percibidos durante el tratamiento de Equinoterapia, en pacientes con Síndrome de Down que asisten al Centro de Equinoterapia “Córdoba Deportes”.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Observar si la Equinoterapia facilita la evolución psicoafectiva de los pacientes con SD.
2. Estudiar sí el tratamiento con Equinoterapia brinda herramientas de adaptación social a los pacientes con SD.
3. Percibir la evolución a nivel conductual de los pacientes con SD durante el tratamiento de Equinoterapia.



## MARCO TEÓRICO

### CAPITULO I: DISCAPACIDAD

#### Concepto de discapacidad.

Liliana González (2003) nos dice que *lo distinto* ha soportado el manto del rechazo y la indiferencia; desarrolla la idea de *hacer lugar a lo diferente*, otorgándole la posibilidad a cada niño o adolescente de poder subjetivar tanto aquello que lo marca como distinto, como aquello que lo equipara a sus semejantes. Se trata de subjetivar lo singular.

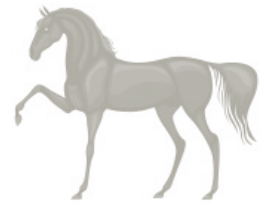
Durante muchos años se pensó que había que acopiar datos, administrar tests para llegar lo más rápido posible a un diagnóstico y ponerle nombre a la sintomatología. Por otro lado, el impacto que tiene el Psicoanálisis, con el descubrimiento del inconsciente, fue destituir saberes cerrados, certezas. Se consideran las cuestiones diagnósticas evitando condenas y veredictos. No se espera la rapidez y contundencia en los diagnósticos y, más aún, cuando se trata de niños, o sea sujetos en proceso de constitución.

Siguiendo el pensamiento de M. Rodolfo (1986), González dice que el niño es un entramado de significantes: está hecho de palabras que lo esperan aún antes de nacer.

Así, el infante entabla una relación con esos significantes, que pueden llegar a la repetición o a la batalla por modificarlos. Todo depende del peso de la prehistoria y de la fuerza del significante, para que este pueda ser modificado.

En un principio, los niños nunca responden del todo a lo que sus padres soñaron pero, en este caso, la diferencia se soporta y es universal. El drama se instalaría cuando lo que irrumpe en la trama significativa familiar es alguien con un límite real, permanente, parte de su estructura. No existe coincidencia con la cuna simbólica que lo esperaba. Así, ese hijo rompe ilusiones, sueños, proyectos de trascendencia. Esto para los padres es una herida narcisista (González, 2003).

Es en el campo del Otro en donde el sujeto encuentra su imagen. Es el Otro quien, ofreciéndose como espejo, le devuelve una imagen completa en un estadio en el que el cuerpo es todavía una vivencia fragmentada. Ahora, si el hijo viene *fallado*, el espejo se requiebra, por lo tanto la mirada del Otro no le devolverá la imagen *preciosa*. Y también los padres se reflejarán en el hijo



como deficitarios, no completos, no ideales. Por lo tanto, los hijos discapacitados nos enfrentan quizás con lo que no soportamos ver de nosotros mismos: la falta. La autora sostiene que solo desde la aceptación de que nosotros (*seres normales*) también somos fallados, algo siempre nos falta, y así podremos inaugurar un camino de búsqueda, encuentro y aprendizaje.

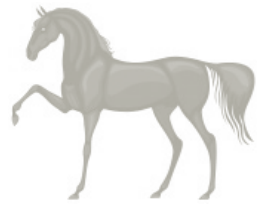
En su trabajo de 1986, *Trastornos de desarrollo y fantasma*, M. Rodulfo se propone disolver la dicotomía entre lo psíquico y lo somático y sostiene una intrincación de estos dos conceptos: lo orgánico y lo fantasmático. Apoyada en el modelo de intrincación que propuso Freud para pensar la teoría de las pulsiones, pero de un modo más simplista, la autora habla de que esta teoría podría representarse con el esquema de la Banda de Moebius (sistema de continuidad donde no existe interior ni exterior).

Históricamente, dice la autora, en un primer momento el psicoanálisis no se ocupaba del tipo de pacientes afectados por trastornos del desarrollo, como ser el caso de debilidades mentales, y se consideraba a estos sujetos como no analizables. Luego, en un segundo momento histórico, todavía impregnado por la dicotomía de lo psíquico y lo orgánico, se incluye al niño afectado por trastornos del desarrollo al campo del psicoanálisis.

Posicionada en las ideas de Francisco de Tosquelles, Rodulfo habla de una marcada intrincación que tiene la cría humana en el momento de nacer. Intrincación en el sentido de *efecto dominó*, marcando el daño que puede ocasionar en uno de los niveles la falla en el otro. Para que se forme su sistema nervioso central (SNC) y para transformarse en Sujeto, deberá pasar mucho tiempo; por lo tanto, no solo se habla de un crecimiento biológico, sino también de una articulación permanente con el medio simbólico en el cual el niño está inserto.

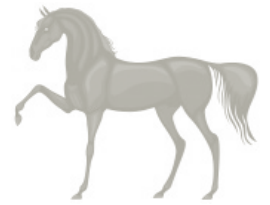
Además, sostiene que para los niños que cargan con un trastorno del desarrollo, el trámite de convertirse en sujeto de deseo es aún más difícil y costoso que para los niños que no tienen esa patología. El trastorno del desarrollo se constituye como un elemento más a simbolizar y, por lo tanto, en un elemento más resistente a la simbolización.

Siguiendo a la citada autora, se entiende que el sistema nervioso central se *fabrica* en el transcurso de los primeros años, intrincación que dependerá fundamentalmente de la relación con ese Otro primordial, lo que hace que el niño ingrese en un espacio de deseo. Además, sostiene que esta *fabricación* quedará realizada a través de la intrincación entre el campo mítico y el campo biológico, ya que los defectos del niño y sus incapacidades serán más importantes cuanto más temprana haya sido la lesión. El medio simbólico al que adviene cualquier infante va a jugar un papel



central en la constitución subjetiva, sobre todo cuando se trata de niños que han sufrido lesiones a nivel del cerebro o de los órganos de los sentidos.

Finalmente, cualquier niño, afectado por problemas del desarrollo o no, puede psicotizarse. Pero esto se deberá a una falla en el trípode edípico, y no a determinadas características con las que haya nacido el niño o sufrido luego.



## CAPITULO II: SÍNDROME DE DOWN

### Antecedentes

El origen genético del Síndrome de Down fue descubierto en 1866 por el Dr. Jhon Langdon Down, quien tuvo la oportunidad de observar y describir a muchos sujetos portadores de rasgos morfológicos particulares (Tolmenovich, 2010).

Durante muchos años el SD (Síndrome de Down) fue una enfermedad de origen desconocido. Se construyeron muchas teorías acerca de la enfermedad asociadas a diferentes cosas, entre ellas: malformaciones de glándulas endocrinas; progenitores portadores de tuberculosis o sífilis como consecuencia del agotamiento uterino.

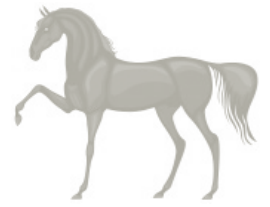
Actualmente se sabe por trabajos realizados por Lejeune, Jacob, Gauthier y Turpin (1959) que la causa genética del síndrome de Down es la presencia de un cromosoma extra en el par 21, debido a un error ocurrido durante la división celular (mitosis y meiosis).

Con posterioridad, estudios realizados por Penrose y otros investigadores en 1960 y 1961, permitieron descubrir otras formas de trisomía, como la *trisomía 21 mosaico* y la *trisomía por traslocación* (en genética, una trisomía es la existencia de un cromosoma extra en un organismo diploide: en vez de un par homólogo de cromosomas, es un triplete).

Los rasgos físicos del síndrome se producen por material cromosómico extra en la zona q22.2-q22.3, aunque el retraso mental se produce por exceso en todo el cromosoma.

Este error pudo producirse tanto en el inicio del embarazo como durante el desarrollo del óvulo o del espermatozoide, antes de que ambos se unieran para la fecundación.

Un cromosoma es una estructura morfológica independiente, ligada a través de las generaciones a la función hereditaria, la cual transmite tanto los caracteres físicos y psíquicos normales como anormales.



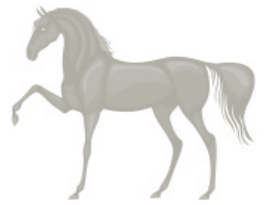
### ¿Qué es el Síndrome de Down?

El Síndrome de Down (SD) es una alteración genética que se produce en el mismo momento de la concepción, al unirse el óvulo con el espermatozoide. Es la alteración cromosómica más frecuente en los recién nacidos y la causa principal del retraso mental. La causa que la provoca es, hasta el momento, desconocida. Cualquier persona puede tener un niño con Síndrome de Down, no importa su raza o condición social. Todos nosotros tenemos 46 cromosomas en cada una de nuestras células: 23 provienen de la madre y 23 del padre (Tolmenovich, 2010).

Flórez (1999) sostiene que la ausencia de un cromosoma o la presencia de uno de más, siempre redundan en una alteración del desarrollo del cerebro y en la consiguiente aparición de la discapacidad mental.

En una célula normal, existen 46 cromosomas; la mitad de los cromosomas de cada individuo proviene del padre y la otra mitad, de la madre. Las células embrionarias (espermatozoides y óvulos) sólo tienen la mitad del número de cromosomas que se encuentran en las demás células del cuerpo (23 cromosomas). En circunstancias normales, cuando el espermatozoide y el óvulo se unen en el momento de la concepción, habrá un total de 46 cromosomas en la primera célula. Ordinariamente esta célula comenzará a dividirse y así seguirá haciéndolo. Si una célula embrionaria, óvulo o espermatozoide, tiene un cromosoma adicional (o sea 24 cromosomas) y la otra célula embrionaria tiene 23 cromosomas, esto originará en el momento de la concepción una nueva célula de 47 cromosomas. Y si el cromosoma extra es un cromosoma 21, el individuo, si no se malogra, nacerá con SD. La célula original que tiene 47 cromosomas comienza a dividirse, de forma que cada célula hija tiene un juego idéntico de 47 cromosomas. El proceso de división de la célula continúa; de esta forma, las células del cuerpo del niño, contendrán 47 cromosomas, lo que indica la existencia de la trisomía 21. La división defectuosa puede ocurrir en uno de estos tres lugares: en el óvulo, en el espermatozoide o durante la primera división celular después de la fertilización, siendo esta última posibilidad la menos corriente (Burgos, 2008).





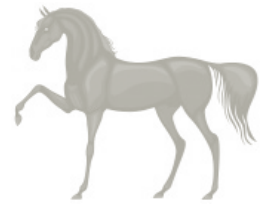
### Diferentes formas del SD

1. *Trisomía simple:* Aproximadamente, el 95 % de los casos con Síndrome de Down presenta trisomía simple del par 21; esto significa que todas las células del organismo poseen las 3 copias completas del cromosoma 21. Suele deberse al proceso de no disyunción de los cromosomas homólogos en las células germinales (el óvulo con mayor frecuencia que el espermatozoide) en el momento de la meiosis I o meiosis II.
2. *Translocación:* corresponde alrededor del 3,5 % de los casos con síndrome de Down, generalmente entre los cromosomas 14 y 21. El óvulo o el espermatozoide aporta un cromosoma 21 completo más el trozo adherido a otro cromosoma, y la célula germinal de la pareja aporta un cromosoma 21. En la concepción, el resultado final será la presencia de dos cromosomas 21 más una tercera porción del 21.
3. *Mosaicismo:* Aparece en el 1-2 % de los casos con Síndrome de Down. El individuo presenta dos líneas celulares en su organismo, una con trisomía 21 completa y la otra normal; suele deberse a una no-disyunción durante las primeras divisiones celulares post-concepción (Flórez, 2003).

### Características psicológicas del SD

Es de suponer que las personas con Síndrome de Down tienen unas peculiaridades comunes que las diferencian de las demás. Numerosos trabajos han comprobado que, en mayor o menor grado, las personas con SD presentan problemas relacionados con el desarrollo de los siguientes procesos:

1. Los mecanismos de atención, el estado de alerta, las actitudes de iniciativa.
2. La expresión de su temperamento, su conducta, su sociabilidad.
3. Los procesos de memoria a corto y largo plazo.



4. Los mecanismos de correlación, análisis, cálculo y pensamiento abstracto.
5. Los procesos de lenguaje expresivo.

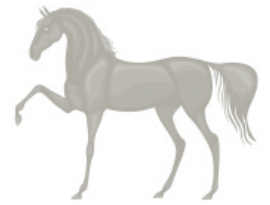
Flórez (2003) describe cuatro aspectos del SD, cuya alteración se manifiesta en particularidades y/o déficits en la persona con Síndrome de Down. La atención es uno de los Dispositivos Básicos del Aprendizaje central, en tanto constituye la puerta de entrada a toda información. En el niño con Síndrome de Down, la limitación en la neurogénesis influye en la llegada de la información y el establecimiento de patrones de respuesta, lo cual condiciona una pobre interacción.

Los más frecuentes déficits en lo atencional son:

1. Falta de iniciativa para comenzar una tarea con objetivos determinados.
2. Inconstancia en la realización.
3. Tendencia a la distracción.
4. Tendencia a la hiperactividad.

Existen unas formas de actuar que se dan con mayor frecuencia entre las personas con Síndrome de Down y que se podrían definir como características generales de la personalidad de estos sujetos. De hecho, su personalidad y temperamento van quedando bastante perfilados y claros antes de los 12 ó 13 años (Troncoso, 2003). Algunas de estas peculiaridades son:

1. Escasa iniciativa. Se observa en la utilización reducida de las posibilidades de actuación que su entorno les proporciona y en la baja tendencia a la exploración.
2. Menor capacidad para inhibirse. Les cuesta inhibir su conducta en situaciones variadas, que van desde el trazo al escribir hasta las manifestaciones de afecto, en ocasiones excesivamente efusivas.
3. Tendencia a la persistencia de las conductas y resistencia al cambio. Por ejemplo: les cuesta cambiar de actividad o iniciar nuevas tareas, lo que puede hacer que en algunos casos parezcan *tercos y obstinados*. Sin embargo, en otras ocasiones se les

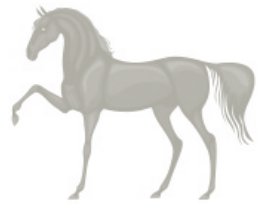


critica falta de constancia, especialmente en la realización de actividades que no son de su interés.

4. Baja capacidad de respuesta y de reacción frente al ambiente. Responden con menor intensidad ante los acontecimientos externos, aparentando desinterés frente a lo nuevo, pasividad y apatía. Tienen, además, una más baja capacidad para interpretar y analizar los acontecimientos externos.
5. Constancia, tenacidad, puntualidad. De adultos, una vez que se han incorporado al mundo del trabajo, al darles la oportunidad de manifestar su personalidad en entornos sociales ordinarios, han dado también muestras de una determinada forma de actuar y de enfrentarse a las tareas, característica del Síndrome de Down. Son trabajadores constantes y tenaces, puntuales y responsables, que acostumbran a realizar las tareas con cuidado y perfección.

Por otro lado, Troncoso, del Cerro y Ruiz (1998) señalan otras características notables en las personas con SD:

1. Baja tolerancia a la frustración. Se observa cierta dificultad para aceptar la no consecución de sus deseos. Si no consiguen lo que pretenden de forma rápida y de acuerdo con sus intereses, pueden manifestar, entre otras, conductas de rechazo de la tarea o de la persona que se la presenta, negativismo o abandono de la situación.
2. Reacción negativa ante la crítica. La crítica suele producir una reacción negativa, de rechazo, porque es un elemento de frustración, ya que supone una visión negativa de lo que uno hace por parte de otra persona.
3. Búsqueda de protagonismo en todas las situaciones. Es fácil comprender que una persona que es objeto permanente de atención individualizada, en la familia, en el colegio, con profesores de apoyo expresamente dedicados a ella y en la calle, esté acostumbrada a ser centro de las miradas de los que le rodean. De alguna manera se está promoviendo su egocentrismo.
4. Dificultad para ver el punto de vista de los demás. Se manifiesta en forma de rechazo a la hora de intentar tareas nuevas y de probar actividades diferentes a las que habitualmente realizan.



5. Dificultad para la generalización de las tareas aprendidas. Una característica no exclusiva del Síndrome de Down es la dificultad para generalizar los distintos aprendizajes que se van adquiriendo. La habilidad aprendida en unas circunstancias concretas no se extiende a otros contextos diferentes, ni a otras habilidades semejantes.
6. Temor al fracaso. En todos nosotros se da un cierto temor al fracaso. Los intentos de actuación nuevos se sustentan en la confianza en la propia capacidad para llevarlos a cabo de forma satisfactoria, algo que no siempre se da en las personas con Síndrome de Down. Se ha de tener en cuenta que su experiencia es la de una vida acostumbrada al error, a la equivocación, en la que lo nuevo suele ser sinónimo de problemático. Es razonable que teman el fracaso, con el que tan frecuentemente se enfrentan.
7. Inseguridad ante los imprevistos. En muchos adultos con Síndrome de Down se observa una tendencia a mostrar un interés exagerado en que los elementos de su vida cotidiana se modifiquen lo menos posible. Suelen llevar a cabo algunas de sus actividades diarias en forma de secuencias de conductas invariables, que se repiten rutinariamente una y otra vez, siempre de la misma manera y sin modificación hasta en los detalles más insignificantes.

Astorga, Carranza y Romero (1998) explican otros factores psicológicos en las personas con SD. El temperamento, por ejemplo, es expresión de varios aspectos: la reaccionabilidad intrínseca de la persona frente a los estímulos (que estaría condicionada por su nivel de atención o de alerta y su capacidad de respuesta); la emocionabilidad (lo que el estímulo puede provocar en sensaciones y sentimientos), y la sociabilidad (la interacción entre las personas y la capacidad para expresar afectos). Según se desarrollen estos tres niveles, se conformará el temperamento de cada individuo que se expresará en toda su vida.

A la vez, en el desarrollo del temperamento existe una doble influencia genética y ambiental; genética, en tanto los genes condicionan la estructuración del Sistema Nervioso Central; ambiental, por la influencia que esto ejerce en el modelamiento de habilidades y conductas.

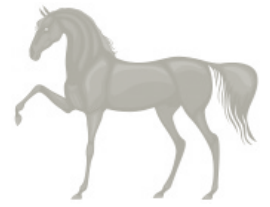


Sobre la sensibilidad y capacidad de respuesta del Sistema Nervioso Central y Sistema Nervioso Autónomo, cambian la organización, regulación y expresión de características del temperamento en los sujetos con SD; esto se debe a la reorganización e integración de la capacidad cognitiva, de la autorregulación y de la reacción, conforme van madurando e interactuando con el mundo.

Sobre la *sensibilidad, afecto y cariño*, cabe plantearse preguntas acerca de la influencia de alteraciones en sistemas centrales, del retraso mental en sí mismo y de la influencia ambiental en torno a la sensibilidad afectiva (Astorga, Carranza y Romero, 1998). La sociabilidad de estas personas es descrita por su capacidad de imitación, su buen humor, su amabilidad y tozudez, lo cual parecería sumamente positivo en términos de adaptación social, pero, como toda generalización, tiene sus limitaciones en la variación individual. Los estudios acerca del Síndrome de Down los presentan como más sociables si se toma como grupo control, que otros grupos con retraso mental. Pero, en estos estudios, debe tenerse en cuenta el factor desarrollo, en tanto que en el niño pequeño predominan estas características de afabilidad y sociabilidad; conforme avanza la edad, van apareciendo rasgos de timidez y dificultad para la interacción positiva.

De acuerdo al estudio llevado a cabo por Izuzquiza Gasset (2003), los niños con Síndrome de Down presentan una socialización dentro de los parámetros normales, pero diferente a la de los niños sin esta afección. Agrega la autora que se encontró una relación significativa con la capacidad de socialización y la comprensión del lenguaje; las principales diferencias radican en que los niños con SD tienen menos iniciativa, son menos populares y demuestran poca confianza en sí mismos, son menos extrovertidos y se preocupan menos de los demás, entre otras características. Parecería ser, que la comprensión del lenguaje ayuda a entender la demanda del entorno y, de esta forma, responder más adaptativamente.

Particularmente, Izuzquiza Gasset (2003) detectó que la comprensión del lenguaje afectaba principalmente las escalas de liderazgo, jovialidad, sensibilidad social, respeto, retraimiento, agresividad y ansiedad, en relación a la socialización; así, la aptitud verbal estaría asociada a como el sujeto con Síndrome de Down se vincula con el otro. Finalmente, se destaca que las mujeres con Síndrome de Down poseen mejor capacidad de socialización que los varones, considerando que estas tienen un mayor grado de madurez social.



Asimismo, plantea que una posible explicación a la relación de la comprensión verbal y la socialización, puede estar basada en que el lenguaje es el medio de enseñanza de las habilidades sociales y la falta de incorporación de estas afectaría su vínculo con el entorno.

La investigación llevada a cabo por Izuzquiza Gasset (2003) plantea que en la muestra existen diferencias significativas entre las personas con síndrome de Down y las personas sin este síndrome. Para los sujetos con SD las características encontradas son:

1. Tienen menos iniciativa, son menos populares y demuestran menos confianza en sí mismos.
2. Son menos joviales, es decir, menos extrovertidos en sus connotaciones concretas de sociabilidad y buen ánimo.
3. Se preocupan poco de los demás y demuestran un menor espíritu de servicio.
4. Se resisten más que el resto a las normas, son más indisciplinados y agresivos verbal o físicamente.
5. Son más retraídos, apáticos, faltos de energía e introvertidos.
6. Son más tímidos, nerviosos y miedosos en las relaciones sociales.

Patterson (2004) también señala que algunas conductas en personas con síndrome de Down, como, por ejemplo: la terquedad, la agresión o la oposición, son debidas a que estas personas utilizan la conducta como un medio de comunicarse, debido a su notable dificultad de expresión verbal.

Siguiendo al autor, algunos problemas de conducta en sujetos con SD pueden estar relacionados con.

1. **Trastorno de hiperactividad con déficit de atención (THDA):** que incluye los problemas de atención, que duran al menos un año y ocurren en más de una situación, y a la conducta que se caracteriza por falta de atención, tendencia a la distracción, hiperactividad e impulsividad.
2. **Problemas de regresión:** se habla de regresión en habilidades de higiene personal, reducción en su motivación y energía para realizar sus tareas, retraimiento social y declive funcional.
3. **Trastornos obsesivo-compulsivos:** este tipo de trastorno se muestra con más frecuencia y de manera más intensa en personas con SD.



Figuroa S. y Rojas G (s/f) plantean que, en una persona con Síndrome de Down, el tener un cromosoma extra determinará cambios a nivel de la estructura cerebral, con una subsiguiente discapacidad intelectual. La manifestación más común en esta área incluye el compromiso intelectual que se manifiesta desde el simple retraso madurativo hasta un retraso mental severo.

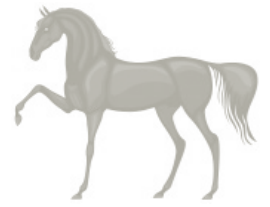
Estos autores hablan de la inteligencia emocional y sostienen que este concepto se utiliza para describir la habilidad para manejar sentimientos y emociones propias y de terceros; discriminar entre ellos y utilizar la información recibida para guiar el pensamiento y la acción. Sostienen que las personas con SD pueden desarrollar una inteligencia emocional de manera similar a aquellas personas no afectadas por esta condición, salvo que su aprendizaje es más lento. Considerando esto, se habla de deficiencia mental relacionada al SD, considerando que sus carencias son de tipo cognitivo y no afectivo.

Introducidos en el tema del desarrollo socio-emocional de las personas con SD, Figuroa S. y Rojas G. (s/f) consideran que estas personas tienen que aprender a comunicar sus emociones, ya que el área del lenguaje expresivo es una de las más comprometidas en esta patología. Desde un punto de vista más formal, un individuo con SD vive los afectos con igual o mayor intensidad que una persona no afectada y los distorsionan menos. Pero sí presentan dificultades en la comunicación lingüística de los afectos y en la regulación e inhibición de sus conductas.

En lo que respecta a las habilidades sociales, también requieren ser aprendidas por las personas con SD. Los autores nos dicen que es un aprendizaje lento y requiere ser realizado en forma constante y desde distintos contextos.

Asimismo, sostienen que existen dos características en las personas con SD que dificultan aún más el desarrollo de sus habilidades sociales: la visibilidad (significa que la patología no pasa desapercibida por el entorno y su fenotipo es fácilmente identificable por terceros; lo que implica que el entorno se adapta a trabajar con este tipo de personas) y la curiosa paradoja (el entorno espera de las personas con SD comportamientos inadecuados, lo que genera un refuerzo positivo de conductas inadecuadas e impide una socialización eficiente).

Dentro de las habilidades sociales que son dependientes del contexto, es decir, conductas adecuadas en un contexto que pueden no serlo en otro, las personas con SD presentan una dificultad en el ajuste al contexto. Por otro lado, las habilidades sociales varían a lo largo de la vida, pero en las personas con SD las habilidades aprendidas tienden a rigidizarse y presentan mayor dificultad para los cambios; por otro lado, el hecho de que el entorno los identifique como niños eternos limita su avance en este dominio de su vida.



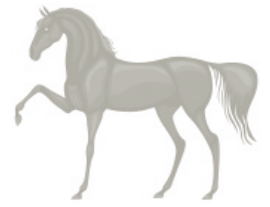
Durante muchos años se realizaron programas de atención temprana en niños con SD de los cuales se obtuvieron resultados favorables. Los primeros trabajos ofrecían resultados muy esperanzadores, al comprobar sus autores que los cocientes de desarrollo de los niños con SD que seguían programas de atención temprana (AT), eran significativamente superiores a los de los niños con SD que habían evolucionado espontáneamente (Coriat, Theslenco y Waksman, 1957; Coriat y otros, 1967).

También se constataron otros beneficios: los niños con SD estimulados presentaban una personalidad más armónica; una mejor motricidad, esquema corporal y manejo de la mano; un mayor nivel de sociabilidad y una menor presencia de rasgos autistas y estereotipias.

Algunos de los terrenos en que se observan mejoras que se pueden inferir a partir de un estudio longitudinal desarrollado por Troncoso, del Cerro y Ruiz (1998), basándose en observaciones de los adolescentes son:

1. **Lenguaje.** Aunque el ámbito lingüístico suele ser el que presenta un nivel más bajo, inferior al nivel social o de inteligencia general, sin embargo una serie de factores contribuyen a un cambio manifiesto en el lenguaje expresivo y comprensivo:
  1. **La influencia del aprendizaje de la lectura y escritura.** En los niños con SD, el comenzar a leer, incluso antes de que hayan adquirido un lenguaje expresivo comprensible, no sólo es posible, sino que favorece el desarrollo de su expresividad. La lectura contribuye a aumentar su vocabulario y a mejorar la corrección de sus frases, haciendo más comprensible su lenguaje.
  2. **El proceso de integración que se está produciendo a todos los niveles,** obliga a las personas con Síndrome de Down a relacionarse en muy diversos ambientes (familia, barrio, escuela), lo que les fuerza a comunicarse y a hacerse entender.
  3. **La integración escolar,** acompañada en muchos casos de adaptaciones curriculares o actividades adaptadas a sus necesidades, favorecen el desarrollo adecuado de su lenguaje. La presencia cada vez más frecuente de especialistas en audición y lenguaje (logopedas) en los colegios, junto con una concienciación de la importancia básica de este aspecto, también puede contribuir a esta mejora.
  4. En general, el mayor nivel de exigencia que está surgiendo entre los profesionales respecto a las personas con Síndrome de Down, viendo los resultados que se están



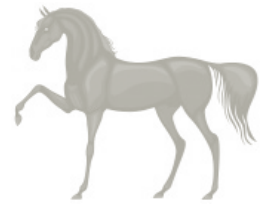


obteniendo en este terreno, intentan alcanzar metas que antes ni tan siquiera imaginaban.

5. **La preocupación por el lenguaje de estas personas**, que se refleja en la multitud de artículos y publicaciones que sobre este tema están apareciendo últimamente. Es cada vez más amplio el número de especialistas e investigadores que profundizan en el ámbito lingüístico de niños con SD.
2. **Capacidad de integración social.** La capacidad para relacionarse e interactuar con otras personas ha experimentado una clara mejoría en las personas con Síndrome de Down. Desde la utilización de fórmulas de cortesía básica en los saludos y las despedidas, hasta el mantenimiento de conversaciones sobre temas de actualidad, están reflejando que, cuantas más oportunidades se les ofrecen a personas con SD, más resultados positivos se obtienen.
3. **Autonomía.** La progresiva inclusión en círculos sociales lo más normalizados posible ha obligado a las familias de las personas con Síndrome de Down a trabajar para que ellos logren la máxima autonomía en los más variados campos. Algunos ejemplos se encuentran en el ámbito del aseo, en el vestido, en el orden, a la hora de desplazarse por su ciudad o lugar de residencia autónomamente, y en determinadas habilidades de carácter instrumental necesarias para la vida diaria. A todo lo anterior, se le ha de añadir de modo progresivo la asunción de responsabilidades en su hogar.

A lo largo del capítulo se han detallado las características del sujeto con SD y como se puede observar, en los estudios más recientes, aquellas que antes presentaban mayores dificultades para incluir socialmente a un niño y hoy se consideran campos de estimulación mediante los cuales se acompaña la evolución.

Finalmente, es necesario considerar que esta estimulación no proviene solamente de la acción de especialistas en el campo, sino que el entorno social del niño: escuela, familia, amigos, etc., debe colaborar y acompañar la estimulación, para que la evolución del sujeto sea eficiente.



### Familias con un miembro con SD

M. Mannoni, en su libro *El niño retardado y su madre* (1964), hace un examen de padres puestos en dificultades por la llegada de un hijo enfermo, llamado desde el comienzo *irrecuperable* y, por lo tanto, en camino a ser un día huésped de un asilo.

La autora sostiene que los padres de estos niños harán revisar cien veces el diagnóstico, de modo tal que, desde su nacimiento, el bebé se convertirá en recurrente asiduo de los consultorios médicos.

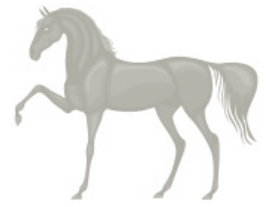
También habla de las acciones que toman los padres, diferenciando las acciones paternas y maternas. Por un lado, cuando el padre está vencido, resignado, si es ciego o inconsciente del verdadero drama que se desarrolla, ella, la madre tiene una terrible lucidez respecto a este aspecto del hijo. La madre (hecha para dar la vida), está tan sensibilizada frente a esa vida que surgió de ella, que se siente dueña de la muerte cuando a su hijo se le hace imposible toda proyección humana. En palabras de la autora:

*La relación amorosa madre-hijo tendrá siempre un trasfondo de muerte negada o disfrazada, la mayor parte del tiempo en amor sublime; a veces de indiferencia patológica; en ocasiones de rechazo consciente; pero las ideas de muerte están, en verdad, ahí, aunque todas las madres no pueden tomar conciencia de ello (p. 18).*

Si la madre aceptara este hecho de las ideas de muerte con respecto al hijo, le generarían la mayor parte del tiempo un deseo de suicidio, ya que toda ocasión en que se desprecia al niño es recibida por la madre como ataque a su propia persona. Por esto decimos que madre e hijo no son más que uno.

El estudio realizado por Mannoni en la citada obra se desarrolla en tres niveles: el débil mental simple, por secuelas de encefalitis o traumatismos y de estructura psicótica.

A los débiles mentales simples, la autora los cataloga como niños no caracteriales cuyo CI se escalona entre 50 y 80. Pero se le plantea un problema en cuanto a la muy grande diversidad de éxito escolar y social en estos niños de cociente intelectual (CI) insuficiente, ya que algunos logran



un certificado de estudios primarios con un CI de 65; en tanto otros, con un CI de 80, tienen dificultades para su clasificación en el plano profesional. Mannoni (1964) sostiene que cada niño tiene su historia bien particular, que pesa sobre todo su devenir humano. Además, el contexto afectivo del que la debilidad mental ha surgido ha sido descuidado durante años en beneficio de una orientación basada estrictamente en un factor cuantitativo deficiente. Y la gravedad del desorden psicomotor de estos niños es también, en ocasiones, función de la relación fantasmática del sujeto con la madre y con su propio cuerpo. Agrega la autora, que si la deficiencia de este tipo de niño es a menudo el signo clínico que confirma el retardo intelectual, no es menos cierto que ese cuerpo enfermo tiene una relación fantasmática con el niño imaginario de la madre.

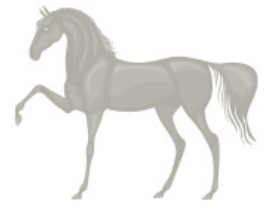
Mannoni se formula una pregunta: ¿Por qué encontramos débiles mentales *tontos* y débiles mentales *inteligentes* con CI idénticos? Y la respuesta que encuentra no está en el sentido de la distinción entre verdadera y falsa debilidad; sino que más bien reside en el sentido que la enfermedad ha tomado en la constelación familiar. El sentido que puede tener el retraso en el niño retardado, se encuentran situaciones similares a las que se encuentran en las familias de psicóticos o en las estructuras perversas.

Si se cambia de entrada el tipo de relación de esos niños con el mundo, se les da la posibilidad de beneficiarse con una educación especializada. Por lo mismo, si se ignoran los trastornos psicógenos subyacentes, se corre el riesgo de hacerle un lugar a la neurosis.

Considera la autora que una psicoterapia precoz es buena en esos niños, ya que los mismos están mucho más expuestos que otros a inmovilizarse definitivamente en un lugar donde representan, inconscientemente para el Otro, una carencia que tienen que llenar siendo un objeto.

Así se comprende por qué la torpeza de ciertos débiles mentales no es otra cosa que el precio de un lazo que solo el psicoanálisis puede desatar, afirma la autora. La condición sería que sea emprendido pronto, antes de que una rigidez de estructura perversa se instaure en el niño:

*Los trastornos temporo-espaciales de estos niños, aun en la hipótesis de una organicidad definida, se acompaña siempre con dificultades para los puntos de referencia en lo imaginario. Estos niños tienen problemas para ubicarse con relación al significante paterno. Una reeducación especial, que utilice como intérprete la palabra, portadora ella misma de un elemento significante, tiene a veces incidencias negativas en el niño en el nivel mismo del lenguaje.*



*Tanto es así que una reeducación corre siempre el riesgo de ser tomada por el sujeto en el sentido de sus trastornos más bien que en el de su curación (p. 41).*

Obviamente, un mismo tipo de pedagogía especializada puede mostrarse enriquecedora para un niño y deformante para otro. En este caso, no es cuestionable la naturaleza de la pedagogía, pero sí es cuestionable el tipo de niño al que esa reeducación se dirige; así también, el papel sobredeterminante al que esa pedagogía está destinada a desempeñar con relación a esos niños, específicamente en la relación madre-niño.

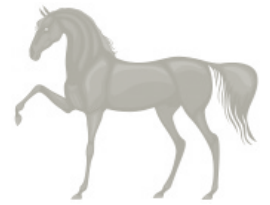
González (2003) realiza una mirada hacia los hermanos de chicos discapacitados y expresa que las relaciones fraternales son un arquetipo de los vínculos sociales. Con los hermanos se aprende lo que luego la sociedad nos exige: comunicación, cooperación, solidaridad, competencia, rivalidad, negociación, tolerancia, etc.

El hermano es siempre visto como un rival en el amor de los padres, amor que, de ser posible, se lo desea único y exclusivo. Así, el hermano sería como un intruso que viene a usurpar un lugar. Por lo tanto, hay dos posturas contrapuestas: se lo cela y se lo ama.

Es inevitable que la llegada de un hijo con algún tipo de discapacidad altere el equilibrio familiar, tanto para los padres como para los hermanos. Por lo tanto si el hermano que llega tiene alguna discapacidad, la crisis se inviste de componentes traumáticos: desconcierto, confusión, rechazo, bronca, etc. Este shock vivenciado por los padres precisa un tiempo de elaboración y la búsqueda de diferentes diagnósticos y pronósticos llevan al descuido del resto de la familia, lo cual traerá sus consecuencias. La autora sostiene que es común algunos síntomas en los hermanos como: regresiones, afecciones psicósomáticas, actos agresivos, etc.

Los hermanos, en un comienzo, pueden tomar diferentes posturas con la llegada de otro con discapacidad en la familia. Por un lado, está el hermano que desprecia la llegada del otro, le tiene bronca porque ya no es él el centro de atención para los padres. Además, proyecta la culpa a los padres y no quiere hacerse cargo de la crianza, ni del apoyo hacia el hermano.

Por otro lado, se encuentra el hermano que está dispuesto a asumir las responsabilidades por el otro y adopta el camino de ser *tierra fértil* para los padres (por lo general inconscientemente). Es una conducta *adulta y responsable* y tiene un alto precio. El hermano renuncia a lo personal por el hermano diferente, pero con una cuota de culpa por haber nacido *normal*" (González, 2003).



### CAPITULO III: DEFINICIÓN DE DOMINIOS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

Dentro de este capítulo se van a conceptualizar los dominios que se intentarán sistematizar para la investigación y sus respectivas variables. Se citarán las definiciones obtenidas por los autores que fueron tomados en cuenta para el TFG sobre cada dominio y sobre cada variable.

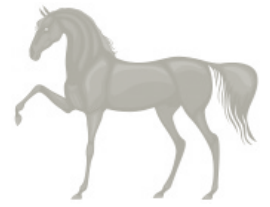
#### DOMINIO PSICOAFECTIVO

En la dimensión psicoafectiva del discapacitado (en este caso, la persona con SD), se pone de manifiesto un aspecto relevante: la presencia de conductas desafiantes, destructivas y autoagresivas, muchas veces relacionadas con su imposibilidad de comunicarse y expresar sus sentimientos. Esta particularidad supone un reto significativo a las instituciones, servicios y profesionales a cargo, ya que es un elemento que obstaculiza y dificulta el logro de los objetivos que cada uno se propone alcanzar.

Las terapias (de cualquier tipo que sean) para las personas con discapacidad (niños o adultos) deberán apuntar a mejorar su calidad de vida, consolidando una red significativa proveedora de contención, amistad y afecto, y promoviendo la adquisición de habilidades adaptativas que faciliten y favorezcan su relación con el medio y el despliegue de sus potencialidades (Patterson, 2004 ).

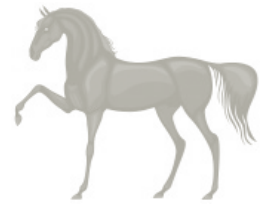
El dominio psicoafectivo puede estar definido en función de diferentes variables dependiendo del abordaje que se elija. A los fines del presente trabajo, se evaluarán las siguientes variables de esta dimensión:

- Inteligencia emocional: se la define como la habilidad para manejar sentimientos y emociones propias y de terceros, como así también discriminar entre ellos y utilizar la información recibida para guiar el pensamiento y la acción. También se hace referencia al conjunto de capacidades, competencias y habilidades no cognitivas que influyen sobre la habilidad propia de tener éxito al afrontar las demandas y presiones del medio ambiente. En otras palabras, se refiere a la habilidad para reconocer el significado de las emociones y sus relaciones, y para razonar y resolver problemas en función de ello. También



supone la capacidad de emplear las emociones para realizar actividades cognitivas. Las personas con SD pueden desarrollarse en esta variable con un aprendizaje un poco más lento que las personas no afectadas por este síndrome (Figuroa S. y Rojas G. (s/f)).

- Efusividad afectiva: se entiende con este término como la manera en que una persona demuestra sus sentimientos a los demás y/o al cambio de un estado de ánimo a otro opuesto (por ejemplo, pasar de la risa al llanto). A las personas con SD les cuesta inhibir su conducta en situaciones variadas como, por ejemplo, en las manifestaciones de afecto, que son en ocasiones excesivamente efusivas (Troncoso, 2003).
- Tolerancia a la frustración: con esta variable se intenta hacer referencia la aceptación de la no consecución de deseos de una persona. Las personas con SD presentan una cierta dificultad en esta variable, ya que si no consiguen lo que pretenden de forma rápida y de acuerdo a sus intereses, pueden manifestar conductas de rechazo de la tarea o de la persona que se la presenta, negativismo o abandono de la situación (Troncoso, del Cerro y Ruiz, 1998).
- Lenguaje expresivo: se entiende a la capacidad en que una persona puede comunicar de manera lingüística los afectos. Esta es una de las áreas más comprometidas en la persona con SD. Un individuo con SD vive los afectos con igual o mayor intensidad que una persona no afectada y los distorsiona menos, pero presenta dificultad en la comunicación de los afectos y en la regulación e inhibición de sus conductas. Una meta para las personas afectadas con esta patología es que aprendan a comunicar sus emociones (Figuroa S. y Rojas G. (s/f)).
- Agresividad: Las manifestaciones de agresividad (verbal o física) constituyen un motivo de preocupación importante. Suelen tener un carácter impulsivo o, incluso, pueden tener como objetivo el llamar la atención. Algunas de las personas con síndrome de Down señaladas como tercas, agresivas u opositoras están realmente utilizando la conducta como un medio de comunicarse, debido a su notable dificultad de expresión verbal (Patterson, 1994).
- Ansiedad: Se la considera una respuesta emocional o conjunto de respuestas que engloba: aspectos subjetivos o cognitivos de carácter displacentero,



aspectos corporales o fisiológicos caracterizados por un alto grado de activación del sistema periférico, aspectos observables o motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos. La ansiedad tiene una función muy importante relacionada con la supervivencia, junto con el miedo, la ira, la tristeza o la felicidad. Para preservar su integridad física ante amenazas el ser humano ha tenido que poner en marcha respuestas eficaces y adaptativas. La ansiedad puede irrumpir de muchas formas, deteriorando considerablemente el estado anímico-emocional de la persona, y su desempeño general (Troncoso, del Cerro y Ruiz, 1998).

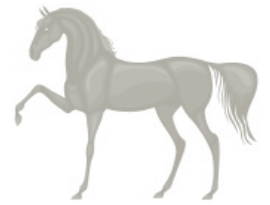
### DOMINIO CONDUCTUAL

En este dominio se intentará medir algunas de las conductas típicas en las personas con SD. Estas conductas ejercen gran impacto sobre el desarrollo social y educativo de las personas con esta patología, ya que pueden alterar profundamente el orden del ambiente en el cual se desenvuelvan (familiar, laboral, terapéutico, etc.).

La definición de lo que se entiende por problema de conducta varía de una persona a otra, pero ciertas pautas o principios pueden ayudar a determinar cuándo un "problema" sencillo se convierte en un "problema de conducta". Como tales, incluiríamos las conductas que son capaces de interferir con el desarrollo/aprendizaje; las que rompen el equilibrio del ambiente en el cual se desenvuelve la persona; las que dañan a la propia persona o a otros; y las que se desvían de lo que podría considerarse como típico o habitual en alguien de similar edad y con la misma afección (Patterson, 1994).

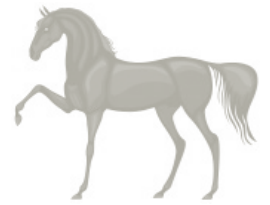
Las conductas que fueron tomadas en cuenta para la investigación fueron:

- Iniciativa: tiene que ver con la capacidad que tiene una persona de actuar sobre su entorno, analizando las posibilidades que éste le proporciona. Esta variable también está relacionada con la tendencia a la exploración. La persona con SD tiene escasa iniciativa, se observa una utilización reducida de las posibilidades de actuación y baja tendencia a la exploración (Troncoso, 2003).



- Atención: la atención es uno de los dispositivos básicos del aprendizaje central, en tanto constituya la puerta de entrada a toda información. En la persona con SD, la limitación en la neurogénesis influye en la llegada de la información y el establecimiento de patrones de respuesta, lo cuando condiciona una pobre interacción (Flórez, 2003).
- Constancia: hace referencia al poder mantener una actividad/tarea, ser firme y perseverante con la misma. A la persona con SD se le critica la falta de constancia en la realización de actividades que no son de su interés (Troncoso, 2003).
- Hiperactividad: es considerada como una conducta caracterizada por un exceso de actividad. En la persona con SD es uno de los déficits atencionales más frecuentes, junto con la tendencia a la distracción (Flórez, 2003).
- Resistencia al cambio: esta variable hace referencia a un obstáculo que aparece en la persona cuando se le presentan nuevos desafíos. A la persona con SD le cuesta cambiar de actividad o iniciar tareas nuevas (Troncoso, 2003).
- Respuesta y reacción frente al ambiente: se refiere a la intensidad con la que una persona interpreta, analiza y responde a los acontecimientos externos. La persona con SD responde con menor intensidad a los acontecimientos externos aparentando desinterés ante lo nuevo, pasividad y apatía (Troncoso, 2003).
- Disciplina: será entendida esta variable como una doctrina o instrucción de una persona especialmente en lo moral. Se relaciona con el establecimiento de ciertas normas que todos deben conocer. Estas normas serán de diferentes tipos, dentro de la familia, de la comunidad, del ambiente laboral o educativo. Las personas con SD se resisten más que el resto a las normas, son más indisciplinados (Izuzquiza Gasset, 2003).
- Agresividad: Las manifestaciones de agresividad constituyen un motivo de preocupación importante. Suelen tener un carácter impulsivo o, incluso, pueden tener como objetivo el llamar la atención. Algunas de las personas con síndrome de Down señaladas como tercas, agresivas u opositoras están realmente utilizando la conducta como un medio de comunicarse, debido a su notable dificultad de expresión verbal (Troncoso, del Cerro y Ruiz, 1998).





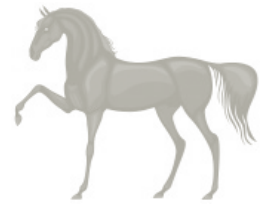
- Generalización de tareas aprendidas: con este término se hará referencia a la capacidad de poder generalizar distintos aprendizajes que se van adquiriendo. En la persona con SD se puede notar una dificultad en generalizar una habilidad aprendida en una circunstancia concreta que no se extiende a otros contextos diferentes ni a otras habilidades semejantes (Troncoso, del Cerro y Ruiz, 1998).

## DOMINIO SOCIAL

Con este dominio se hará referencia a la capacidad que tiene la persona con SD para relacionarse e interactuar con otras personas, y como ésta desarrolla sus habilidades sociales (las cuales requieren ser aprendidas). El aprendizaje de las habilidades sociales en las personas con SD es un poco más lento y requiere ser realizado en forma constante y desde distintos contextos (Figueroa y Rojas, s/f).

Las variables dentro de este dominio que se va a investigar son:

- Conductas de imitación: Los pacientes con SD suelen tener una buena comprensión social y les resulta sencillo aprender por imitación, por lo que su comportamiento social puede ser adecuado a la edad, a pesar de sus retrasos en lenguaje o en desarrollo cognitivo (Izuzquiza Gasset, 2003).
- Relación con otras personas: lo que se intentará analizar será la manera en que la persona con SD se relaciona e interactúa con otras personas (Troncoso, del Cerro y Ruiz, 1998).
- Comprensión verbal: esta variable hace referencia a la capacidad de la persona con SD de vincularse con el otro y de poder seguir una indicación. La comprensión del lenguaje ayuda a entender la demanda del entorno y, así, poder responder más adaptativamente (Izuzquiza Gasset, 2003).
- Autonomía: es, en términos generales, la capacidad de tomar decisiones sin intervención ajena. Se intenta que la persona con SD logre la mayor autonomía posible en los más variados campos, entre ellos: el ámbito del aseo, en el vestido, en el orden, a la hora de desplazarse por la ciudad, y en determinadas habilidades necesarias para la vida (Troncoso, del Cerro y Ruiz, 1998).



## CAPITULO IV: TERAPIAS ALTERNATIVAS

Las terapias alternativas son aquellos métodos para curar basados en una manera global de enfrentar los cuidados de la salud y el tratamiento del cuerpo, la mente y el espíritu, apoyándose para ello en métodos naturales. De allí deriva su reconocimiento como terapias alternativas.

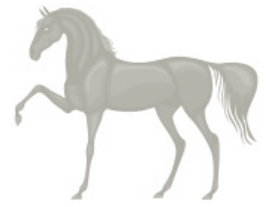
El término designa de forma amplia los métodos y prácticas usados como complemento de los tratamientos convencionales para curar o paliar enfermedades. Muchas de las terapias alternativas conservan sus prácticas originales que, en algunos casos, se remontan a varios miles de años, ya sea en sus técnicas como en la modalidad de sus tratamientos. Se trata de terapias alternativas naturales o terapias complementarias que no excluyen el tratamiento médico tradicional y tampoco lo reemplazan.

Las terapias alternativas consideran la enfermedad como un desajuste entre cuerpo, mente y espíritu. Dentro de estas terapias se encuentran las terapias asistidas por la naturaleza, las cuales son una intervención dirigida a un objetivo, en el que forma parte del proceso de tratamiento alguna faceta de la naturaleza.

Este tipo de terapias son administradas y/o dirigidas por un profesional de la salud humana que trabaja en el marco de su profesión. Las terapias asistidas por la naturaleza se han diseñado para mejorar el funcionamiento físico, social, emocional y/o cognitivo de las personas. Aunque estas terapias pueden desarrollarse en entornos distintos al consultorio del terapeuta, siempre están dirigidas por el terapeuta y forman parte del proceso terapéutico.

Pérez del Rio y Rodríguez del Burgo (s/f) sostienen que:

*... una ventaja es situarnos en un medio natural, un cambio de contexto que supone una nueva vinculación con lo social y una desvinculación con el concepto de “despacho del psicólogo”, una forma de trabajar ésta última que suele haber sido probada y rechazada por la mayoría de los adolescentes al ser impuesto incluso bajo presión. Otra ventaja es la de poder facilitar el aprendizaje de los límites en la naturaleza (pp.43-44).*



## Terapias con animales o Zooterapia

Javier A. Zaldívar (2001), Presidente de Asociación de Zooterapia de Extremadura (AZE), sostiene que, hoy en día, con el término *Zooterapia* se hace mención a los métodos terapéuticos asistidos por animales y cuyos resultados están perfectamente contrastados por el mundo médico. Son muchas las especies animales que se emplean actualmente en tratamientos de carácter terapéutico. Cada una de ellas tiene determinadas misiones y aplicaciones muy concretas, desde el caballo, cuyo empleo va desde los tratamientos fisioterapéuticos y psicoterapéuticos, desarrollando una gran labor en trabajos motrices, cognitivos, sociales y deportivos, hasta el perro o el gato, que pueden jugar un papel relajante, antidepresivo, hipotensivo, pasando por algunas especies de peces que pueden mejorar de forma importante la psoriasis. Afirma el autor en su artículo “Pastillas, inyecciones, gimnasio, animales” en *Revista Utopía nº 6*:

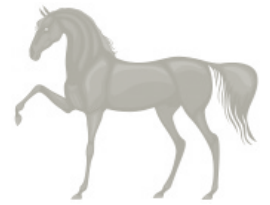
*Los animales, en general entregan confianza, cariño, compañía, paciencia. Los animales no entienden de discriminaciones, ni de clases sociales, no juzgan, no preguntan, sólo nos devuelven lo que nosotros les demos; si los tratamos bien nos amaran sin condiciones, nos acompañarán y nos protegerán (pp. 6-7).*

Así como cuentan Villalta Gil y Ochoa Güerre (2007), la terapia facilitada por animales, o TFA, se describe como una intervención diseñada para mejorar el funcionamiento cognitivo, físico o social de un paciente, con unos objetivos específicos delimitados en el tiempo. La interacción entre el animal y el paciente es generalmente de uno a uno. Los animales utilizados en la TFA son animales especialmente entrenados y no son de propiedad del paciente. Principalmente, los programas de TFA se han aplicado a personas con discapacidad física y/o psíquica; en la tercera edad; con enfermedades mentales crónicas.

La TFA se sustenta en el vínculo *animal-persona* desarrollado a lo largo del proceso evolutivo del ser humano y de los animales domésticos. La relación entre el ser humano y los animales domésticos (en este caso el perro) se remonta, como mínimo, hace 12.000 años. Este vínculo no es alturista; al principio, era un vínculo establecido por lo que los animales proporcionaban a las personas, pero fue transformándose en un vínculo de dependencia mutua (Villalta Gil y Ochoa Güerre, 2007).



Tradicionalmente se ha considerado al animal un espejo donde proyectamos lo que somos y que, a su vez, nos devuelve información sobre cómo actuamos. En ocasiones, y salvando las distancias, se ha comparado con otras formas de hacer devoluciones a los pacientes, como las máquinas de bio-feedback que facilitan información del usuario. Se suele afirmar que esto se produce por medio de la liberación de sustancias en el organismo (aunque sea un concepto confuso, incluso para la propia biología): el animal detecta nuestras emociones. Observamos que lo que sí es determinante es la articulación de nuestros movimientos: el caballo puede intuir, puede diferenciar nuestra tensión muscular, nuestro equilibrio (Villalta Gil y Ochoa Güerre, 2007).



## CAPITULO V: EQUINOTERAPIA

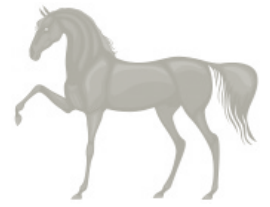
*El origen del caballo para prevenir y curar diversas dolencias se remonta a la antigüedad. Se dice ya que Hipócrates alababa el “ritmo saludable” del montar y lo integraba en el ejercicio universitario. En la medicina de los siglos XVI, XVII y XVIII se recomendaba el ejercicio de montar como método curativo, en general, como medida preventiva. En el siglo XIX, con el inicio de la Revolución Industrial, la equitación perdió importancia como medida terapéutica al centrarse en el área militar y deportiva (E. Gross, 2006, p. 15).*

El origen de la Equinoterapia como instrumento terapéutico surgió después de la Segunda Guerra Mundial en Escandinavia y Alemania para trabajar con personas que padecían de parálisis cerebral.

Un ejemplo muy conocido por los beneficios que causó la Equinoterapia dentro de la comunidad equinoterapeuta, es el caso de Lis Hartel, quien pasó cinco años paralizada en una silla de ruedas por haber sufrido una poliomelitis siendo adulta. A pesar de las consecuencias, ella siguió practicando su deporte favorito, la equitación, y luego de 8 años, en 1952, participó en los Juegos Olímpicos de Helsinki y en los de Malbourne, en 1956. A partir de este hecho, este ejemplo de auto-terapia, se despertó en la clase médica empírica un interés por el programa de actividades ecuestres como medio terapéutico (Gross, 2006).

Max Reichenbach (citado por Gross, 2006) es considerado pionero en la investigación científica de la Equinoterapia, elaborando los primeros estudios científicos con numerosos pacientes en su clínica de fisioterapia de Birkenreuth, Alemania.

En París, en el año 1974, se celebró el Primer Congreso de Equinoterapia bajo el lema *Rehabilitación por medio de la monta*, y hasta el día de hoy se sigue editando este evento. Su finalidad es intercambiar experiencias, opiniones y resultados de las últimas investigaciones científicas. El primer registro oficial de la Federation of Riding for the Disabled International (RDI) se logró en 1991, cuando se aceptó internacionalmente la división de la Equinoterapia en tres áreas: a).



Hipoterapia, b). Monta terapéutica y *volting*, y c). Equitación como deporte para discapacitados (Gross, 2006 ).

### Tratamiento de Equinoterapia

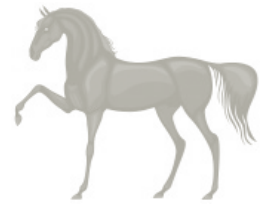
En este punto, atenderemos a las consideraciones que E. Gross desarrolla en su trabajo de 2006. Con el término genérico *Equinoterapia* se denominan diversas técnicas orientadas al tratamiento de personas con discapacidad, en las que un elemento central es el caballo. Para que se pueda hablar de Equinoterapia, se requiere la participación de un equipo multidisciplinario, configurado en función del tipo de discapacidad por tratar. El contacto con el caballo proporciona múltiples sensaciones que influyen positivamente en los ámbitos social, sensorial y motriz.

En su obra, la autora sostiene que fue en el Congreso Internacional de Equinoterapia, efectuado en 1988 en Toronto, Canadá, donde se estableció la división aceptada a nivel internacional de la Equinoterapia en tres áreas: hipoterapia; monta terapéutica y volteo; y equitación como deporte para discapacitados. Cada área está dirigida a diferentes tipos de discapacidades utilizando estrategias terapéuticas distintas.

La Equinoterapia, como término global de las tres áreas, abarca la integración de cuatro ámbitos profesionales diferentes: la medicina, la psicología, la pedagogía y el deporte. El área médica desempeña un papel predominante en la hipoterapia, porque la monta a caballo se utiliza a manera de fisioterapia, indicada para pacientes con disfunciones neuromotoras de origen neurológico, traumático o degenerativo. La psicología y la pedagogía adquieren más importancia en la monta terapéutica, ya que la monta a caballo, además de cumplir su papel de fisioterapia, trata disfunciones psicomotoras, sensomotoras y sociomotoras funcionando así como una psicoterapia.

En el trabajo terapéutico se utiliza, en primer lugar, la hipoterapia. Luego, cuando el paciente va evolucionando en su tratamiento, se pasa a la siguiente etapa: la monta terapéutica y, finalmente, continúa la equitación como deporte para discapacitados.

La metodología aplicada difiere en cada área: en la hipoterapia se atienden pacientes con mayor discapacidad física que en la monta terapéutica, lo que refleja un manejo terapéutico diferente y con sesiones que duran no más de treinta minutos. Dentro de la hipoterapia se pueden diferenciar la hipoterapia pasiva y la hipoterapia activa. La primera está dirigida a personas que, por su grave discapacidad física y/o cognitiva, no pueden ejercer prácticamente ninguna acción sobre el caballo. Aquí, el paciente monta sin albardón y se adapta pasivamente al movimiento del caballo sin



hacer ninguna acción de su parte, aprovechando el calor corporal, los impulsos rítmicos y el patrón de locomoción tridimensional del caballo. La monta gemela o *backriding*, es una técnica en la cual el operador se sienta en el caballo detrás del paciente para proveer apoyo y alinearlos durante la monta. El caballo se guía y trabaja únicamente en paso.

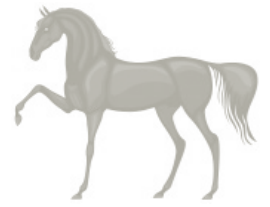
En la hipoterapia activa, a la adaptación pasiva se añade la realización de ejercicios neuromusculares para estimular en mayor grado la normalización del tono muscular, el equilibrio, la coordinación psicomotriz y la simetría corporal y ejercicios de estimulación neurosensorial para incrementar la sinapsis neuronal y la plasticidad cerebral. El paciente no está capacitado todavía para conducir solo al caballo en la pista. Deberá guiarlo un operador o un voluntario ayudante utilizando paso y trote. En la hipoterapia se trabaja por lo general con grapas, montado a pelo en el caballo (sin utilizar la silla de montar).

La monta terapéutica está dirigida a personas que ya pueden ejercer algunas acciones solas en el caballo. Aquí, se une el objetivo terapéutico a la enseñanza específica de la equitación como deporte. Además de la realización de ejercicios neuromotores y gimnásticos en combinación con juegos terapéuticos, el paciente aprende a utilizar las señales específicas de la equitación para convertirse en un jinete activo. El paciente mueve su caballo solo en la pista y monta con silla de montar, utilizando estribos. El caballo trabaja en paso, trote y galope, según el avance del paciente; las sesiones terapéuticas se pueden realizar en forma grupal o individual por aproximadamente cuarenta y cinco minutos.

El volteo terapéutico consiste en hacer ejercicios de gimnasia sobre el dorso del caballo; se monta solamente con una manta y un cinchuelo diseñado para eso. En la equitación como deporte para discapacitados, la monta a caballo se realiza como deporte; esto dará oportunidad a que las personas con cierta discapacidad física y funcional se puedan integrar a la vida deportiva. Las personas que van adquiriendo un mayor dominio de su cuerpo y pueden dominar al caballo, comienzan a trabajar en esta área.

Según el tipo de discapacidad del paciente, se aplica la hipoterapia o la monta terapéutica. El avance terapéutico permitirá, a veces, cambiar de la hipoterapia a la monta terapéutica, lo cual permite al paciente la oportunidad de practicar la equitación como futuro deporte.

La Equinoterapia según Hernández García y Luján Muñoz (2006) es una terapia especial física y psicológica que se utiliza terapéuticamente como tratamiento de rehabilitación alternativo para pacientes con discapacidades físicas y psicológicas. Se utiliza el caballo, siendo un método



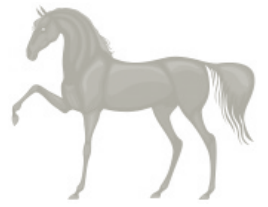
complementario de rehabilitación, por lo que las prácticas deben ser dirigidas por un equipo médico especializado y con experiencia y conocimientos en neurorrehabilitación.

Los beneficios de la Equinoterapia se obtienen al aprovechar los movimientos tridimensionales del caballo (teoría binomio hombre-caballo) combinadas con diferentes técnicas rehabilitatorias: sensoperceptivas, auditivas, motoras y visuales, etc. Se estimulan las diferentes vías neurofisiológicas que ayudarán a la recuperación sistemática del paciente, además de aportar facetas terapéuticas a nivel cognoscitivo, comunicativas y de personalidad. Así lo manifiestan Hernández García y Luján Muñoz, 2006):

*En nuestra experiencia personal la práctica constante de la Equinoterapia da resultado a corto, mediano y largo plazo por diferentes vías: la primera, a corto plazo, donde el estilo y la calidad de vida se modifica desde la primera práctica, ya que el solo hecho de cabalgar nos pone en un medio distinto al desplazamiento normal que habitualmente efectuamos, lográndose con ello, una actividad placentera donde liberamos pequeños niveles de adrenalina y endorfinas, así como otros neuromoduladores y al mismo tiempo se ejecuta un ejercicio rítmico en forma pasiva aparentemente, pero, que se convierte en realidad en un ejercicio activo y dinámico aportando al cuerpo (jinete) alrededor de 200 estímulos mecánicos por minuto más una enorme gama de otros estímulos propioceptivos, auditivos y visuales.*

*La constancia en la práctica da como resultado una fluidez mental y verbal que se aprecia tanto en la primera y segunda fase del entrenamiento. Los resultados y la experiencia del paciente es muy halagadora, los cambios se perciben de forma contundente para luego mantenerse en la mesa de la curva de comportamiento. La constancia y la entrega en esta práctica darán a largo plazo las mejorías específicas que se pretenden alcanzar, tanto en nivel cognitivo, motor y sensorial. Definitivamente estamos convencidos de que la práctica de la Equinoterapia en forma profesional sistemática si bien no cura o devuelve la salud al 100%, sí permite al*





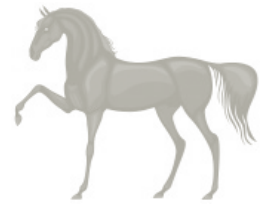
*paciente un estilo de vida diferente, ejercitarse, recrearse, realizar otra actividad diferente en su vida que difícilmente la puede encontrar en otra actividad con alto sentido de la seguridad, de la cultura física y el deporte que además, estimulará su cuerpo por diversas vías (pp. 71-72).*

Peréz del Rio y Rodríguez del Burgo (s/f) sostienen que a la psicología del deporte se la puede dividir en dos grandes líneas: la terapéutica y la desarrollista o del rendimiento (enfocada principalmente a la competición):

*[...] dentro de la línea terapéutica ha cobrado especial relevancia el tratamiento terapéutico con caballos, la Equinoterapia, se trata de experiencias que comenzaron tratando casos concretos y con el tiempo se han ido ampliado a grupos con necesidades especiales, programas que se muestran útiles a numerosos colectivos: personas con deficiencias psíquicas, con depresión, adolescentes que tienen problemas con las drogas. Y por otro lado existe la Hipoterapia, concepto que se ha usado fundamentalmente para aquellos necesitados de recuperación física (p. 42).*

Como señalan estos autores, por muchos beneficios que se encuentren en la relación con el caballo, es necesario que el terapeuta en Equinoterapia ayude al paciente a dar sentido a lo que allí ocurre, a hacer devoluciones, a subjetivizar y relacionar los hechos que están ocurriendo en ese momento con otros aspectos de su vida y con las dificultades y expectativas que el mismo trae consigo:

*En la interacción con los caballos siempre surgen emociones, pensamientos y conductas determinadas, las cuales se pueden comentar o reflejar en un registro para posteriormente poder ser abordadas junto con el clínico. Añadir un elemento externo a una terapia como es la del caballo, tendrá valor en tanto en cuanto el terapeuta lo sepa articular. Una de las características más interesantes del trabajo con animales es que el adolescente, en poco*



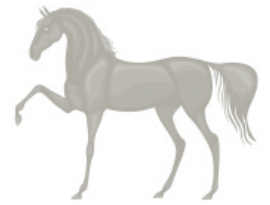
tiempo, se encuentra educando al caballo, y el terapeuta es quien sugiere al adolescente cómo hacerlo (p. 43).

T. Gradin y C. Johnson, en su libro *Interpretar a los Animales* (2006), nos dicen que los caballos son especialmente beneficiosos para los adolescentes. En sus palabras:

*Un psiquiatra amigo mío, de Massachusetts, trata a muchos adolescentes y tiene toda una serie de expectativas diferentes para los que hacen equitación. Dice que, si hay dos niños con el mismo problema en el mismo grado de gravedad, y sólo uno de ellos monta a caballo y el otro no, el primero terminará desenvolviéndose mejor que el segundo. En primer lugar, un caballo supone una responsabilidad enorme, así que cualquier adolescente que deba encargarse de un caballo se forjará un buen carácter. Además la equitación no es lo que parece. No se trata de que una persona se siente en la silla de montar e indique al caballo lo que tiene que hacer tirando las riendas. La verdadera equitación se parece mucho al baile de salón y al patinaje artístico en pareja. Es una relación (pp. 13-14).*

La Equinoterapia, como rehabilitación ecuestre incluye, según German Falke (2009):

1. La fisiología del ejercicio: actualmente la fisiología humana explora la relación entre el movimiento corporal y las modificaciones fisiológicas. En la práctica, esta fundamentación, la fisiología del ejercicio, explica los efectos del trabajo corporal en los parámetros funcionales orgánicos tanto normales como patológicos que nos permite explicar por qué un ejercicio puede estar indicado o contraindicado en cada afección del paciente.
2. El entrenamiento: que determinará el tipo y cantidad de trabajo físico que va a aplicarse a un paciente para lograr el efecto deseado.
3. El desarrollo neuromotor: la aparición y evolución de la capacidad neuromotriz a través de la dinámica evolutiva de las capacidades motrices del niño y del



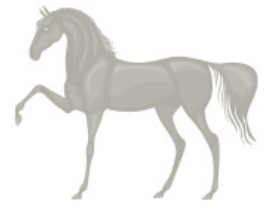
adolescente por medio de la actividad física, se utiliza como recurso para mejorar la salud, de acuerdo a la etapa evolutiva que presente el paciente

4. La psicología evolutiva: las capacidades psíquicas son fundamentales y permiten una realización física. El conocimiento de los mismos permite formular propuestas adecuadas a la edad, sexo y patología existente. El nivel evolutivo psíquico determina qué capacidades le permitirán realizar la propuesta del trabajo ecuestre.
5. El conocimiento de los agentes: las formas concretas de trabajo físico destinadas a conseguir la salud.
6. El comportamiento social: que favorece la integración del grupo como así también las interrelaciones familiares.

#### Principios terapéuticos de la Equinoterapia

En la Equinoterapia el caballo pone a nuestro servicio tres características específicas que forman la base para la utilización de la equitación como terapia, las cuales tiene un valor fisioterapéutico y psicoterapéutico (Gross, 2006 ):

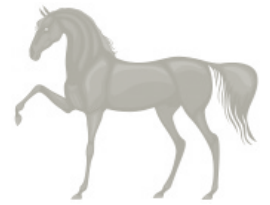
1. **La trasmisión del calor corporal:** el calor corporal del caballo es de 38°C, lo que adquiere gran importancia en la Equinoterapia
  1. **Valor fisioterapéutico:** el cuerpo del caballo se puede aprovechar como un instrumento calorífico para distender y relajar musculatura y ligamentos y estimular la sensopercepción táctil. Se ha comprobado que la distensión de los aductores se mantiene hasta seis horas después de una sesión terapéutica.
  2. **Valor psicoterapéutico:** el calor del caballo adquiere gran importancia como instrumento terapéutico en el área psicoafectiva, porque puede ser relacionado como sustituto del calor materno. Además de la temperatura corporal del caballo, el movimiento de éste provoca la sensación de ser mecido, lo que genera sentimientos



de seguridad, amor y protección, lo que ayudará a construir la autoconfianza y la autoaceptación.

2. **La transmisión de los impulsos rítmicos del lomo del caballo al cuerpo del jinete:** el caballo transmite, por medio del movimiento de su lomo, impulsos rítmicos al cinturón pélvico, a la columna vertebral y a los miembros inferiores del jinete. Los impulsos los provocan los músculos lumbares y ventrales del caballo, que se contraen y distienden de forma rítmica y regular, ya sea en paso o trote. Cuando el caballo camina en paso, transmite de 90 a 100 impulsos por minuto a la pelvis del jinete; cuando camina en trote, aumenta la cantidad e intensidad de estos.
  1. **Valor fisioterapéutico:** los impulsos rítmicos que se transmiten a la pelvis y piernas del jinete provocan un relajamiento de los aductores y los ligamentos pélvicos; además, estimulan la erección de la columna vertebral fortaleciendo los músculos dorsales y abdominales.
  2. **Valor psicoterapéutico:** los tres tipos de movimientos del caballo (paso, trote y galope) con sus respectivos tiempos (paso: 4 tiempos; trote: 2 tiempos; y galope: 3 tiempos) inducen estados psíquicos distintos, ya sea de relajación o de animación. El efecto mecedora del caballo estimula experiencias regresivas liberando traumas y bloqueos psíquicos, que mueven el cuerpo del jinete y todo su ser psíquico. Al ser un movimiento involuntario del jinete, será un factor clave para su relajación psíquica y la construcción de la confianza primaria en sí mismo y en el mundo que lo rodea. Los estados de angustia y depresión provocan en las personas un estancamiento de sus actividades en general; la sensación de ir hacia adelante y de avance que proporciona el caballo restablecen la confianza en el propio yo.

*Arquetípicamente, los impulsos del caballo se asocian con los impulsos instintivos del subconciente, cuya represión puede provocar toda una serie de enfermedades psicosomáticas. Aprender a aceptar estos impulsos, muchas veces experimentados como amenazantes, y adaptarse a ellos, forma parte de la psicoterapia y lleva al autoconocimiento, a la autoaceptación y a la autoconfianza que integran los diferentes niveles psíquicos.*

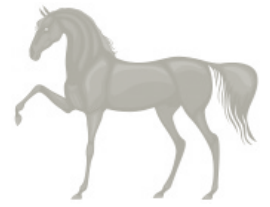


*El logro de la aceptación y adaptación a los impulsos rítmicos del caballo puede servir como apoyo en este proceso (p. 25).*

3. **Transmisión de un patrón de locomoción tridimensional equivalente al patrón fisiológico de la marcha humana.**

1. **Valor fisioterapéutico:** este principio se torna importante en la hipoterapia, sobre todo en el tratamiento de disfunciones neuromotoras, como ser la parálisis cerebral. Este tipo de personas, que no pueden dominar la marcha porque carecen de estabilización y coordinación del tronco y cabeza necesarios, rompen con este círculo vicioso en la hipoterapia, ya que pueden dominar la marcha de forma sentada y pueden desarrollar la coordinación y la estabilización del tronco y de la cabeza.
2. **Valor psicoterapéutico:** en varias psicopatologías que expresan angustias por el futuro y por la capacidad para tomar decisiones e ir tras una meta establecida, se nota que el patrón tridimensional que proporciona el andar a caballo da a la persona la sensación de avanzar, caminar o correr hacia adelante, ejerciendo una influencia positiva en un estado psíquico depresivo y angustiado. Una vez que el paciente se adapta a los movimientos del caballo puede comenzar a confiar en ese impulso hacia adelante, recuperando confianza en sí mismo y en su entorno.

*El animal doméstico exhibe características muy positivas en el trato con el humano, como es la falta total de reacciones vengativas o rencorosas; el animal permite y busca el contacto corporal con el humano, entiende sin palabras, se expresa con gestos claros y directos, nunca rechaza a quien se acerca amablemente y no conoce compasión, por lo cual tiene un comportamiento natural con cualquier persona. Todas estas características importantes para el desarrollo del ser humano son elementos básicos en la Equinoterapia que utiliza a un animal como medio terapéutico.*

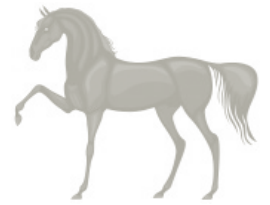


*El trato con los animales adquiere gran importancia en el área pedagógica porque desarrolla en el ser humano cualidades sociointegrativa como la comunicación análoga, tolerancia, paciencia y sentido de responsabilidad (pp. 27-28).*

### Ejercicios y juegos terapéuticos en Equinoterapia

Según E. Gross, en la obra a la que nos venimos refiriendo, el uso de ejercicios y juegos se enfoca a los problemas específicos de cada paciente. Se realizan con la finalidad de contrarrestar la rutina durante la terapia y, además, estimular y motivar al jinete, confrontándolo con múltiples retos de manera placentera. Son variados los tipos de ejercicios o juegos realizados durante la terapia, entre ellos.

1. **Ejercicios dirigidos al área emocional:** se realizan para relajar tensiones emocionales, liberar angustia e inseguridad y aumentar la comunicación emocional entre el caballo y el jinete;. Por ejemplo: limpiar al caballo antes de montar, dar de comer al caballo, oler al caballo, montar en paso con ojos cerrados y describir lo que se siente, etc.
2. **Ejercicios de sensopercepción:** fomentan la percepción y la integración sensorial en las áreas auditivas, vocal, visual y táctil. Por ejemplo: el terapeuta de Equinoterapia toca las maracas y cuando deja de tocar, el paciente tiene que parar al caballo y darle órdenes en voz alta; observa el medio (pájaros, nubes, sol, árboles, etc.) y lo describe; acaricia al caballo en sus diferentes partes y siente las diferentes texturas del pelo, la crin, el casco y los dientes, etc.
3. **Ejercicios para la coordinación motora:** ayudan a desarrollar la coordinación psicomotriz fina y gruesa, lateralidad y sentido del espacio. Por ejemplo: ejecución de ejercicios neuromusculares encima del caballo; ejercicios de lateralidad, como ser acariciar el lado izquierdo del caballo con la mano derecha y viceversa; el paciente, montando en trote, coloca un sombrero sobre la cabeza del terapeuta en Equinoterapia, etc.
4. **Ejercicios sociointegrativos:** este tipo de ejercicios se lleva a cabo con dos o tres pacientes. Se puede subir a dos pacientes al mismo caballo y otro paciente los guía caminando; por



ejemplo: los pacientes que están en el caballo cierran los ojos y se tocan mutuamente diferentes partes del cuerpo, etc.

### Características ideales de los caballos

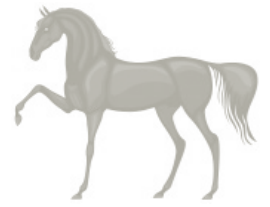
Al describir estas características, seguiremos lo expuesto por E. Gross (2006). Los buenos caballos de terapia no tienen que pertenecer a una raza específica, pero sí se puede decir que hay razas más aptas que otras para el fin de la Equinoterapia. Puede ser utilizado todo tipo de equinos, como ser mulas, burros, cebras, etc. En general, se requiere un animal no muy grande, con movimientos (en paso y trote) suaves, rítmicos y regulares. El lomo del caballo debe ser musculoso para poder trabajar en él sin la montura y tener suficiente fuerza para que puedan subir en él dos personas.

Más allá de la estructura física del caballo, una de las cosas más importantes a tener en cuenta es su temperamento y personalidad. Deben ser tranquilos y demostrar suficiente sensibilidad hacia el jinete. Además, debe ser un caballo confiado y manso en el trato con humanos y demostrar disposición y capacidad de aprendizaje.

La edad del caballo es otro factor a tener en cuenta. Un caballo de tres años, seguramente no tendrá la misma madurez y entrenamiento que un caballo de seis años, y, por otro lado, un caballo de veinte años probablemente mostrará deficiencias en la elasticidad de sus movimientos y de su lomo (Gross, 2006).

### ¿Qué patologías se tratan mediante la Equinoterapia?

Siguiendo a Germán Falke (2009), se considera a la rehabilitación ecuestre como una Rehabilitación Integral que involucra los niveles neuromotrices, sensoriales, cognitivos y sociales.



Algunas patologías indicadas para Equinoterapia son: alteraciones neuromotoras y musculoesqueléticas, esclerosis moderada, mielomeningocele, parálisis cerebral, esclerosis múltiple, afecciones pos-traumáticas cervicodorsolumbares, patologías genéticas y patologías respiratorias. Luego, dentro de las patologías psicológicas, sensoriales y cognitivas indicadas para Equinoterapia, se encuentran las siguientes: retraso de maduración, Síndrome de Down, retraso mental, trastornos de conducta y aprendizaje, riesgo social, autismo, psicosis, esquizofrenia, fobias, adicciones y drogadependencias.

Hernández García y Luján Muñoz (2006), sostienen que quienes son candidatos a Equinoterapia son principalmente pacientes con alteraciones motoras, sensoriales, del equilibrio, cognitivas, de postura y de personalidad. Y los principales beneficios se pueden notar en: discapacidades visuales (ceguera, desprendimiento de retina, distrofia corneal, etc.); discapacidades físicas (esclerosis múltiple, paraplejía, poliomielitis, espina bífida, etc.); discapacidades auditivas (alteración en la audición, hipoacusia, sordera, etc.) y discapacidades psíquicas (depresiones, esquizofrenia, alzheimer, trastornos de desarrollo, etc.).

#### Contraindicaciones para la Equinoterapia

También sostienen los autores arriba citados, que no todos los pacientes son candidatos para este tratamiento alternativo de Equinoterapia, ya que existen contraindicaciones absolutas, así como contraindicaciones relativas que pueden poner en riesgo, en un momento dado, al paciente. También cabe mencionar que este tipo de centros deben ser regulados y supervisados por las autoridades de salud para que cumplan con las normas que marca la reglamentación sanitaria de una institución médica.

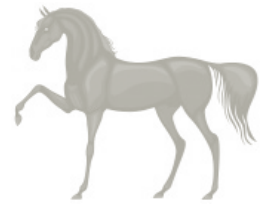
Por otro lado, Germán Falke (2009) enumera una cantidad de contraindicaciones en Equinoterapia. Entre ellas se encuentran: enfermedades neurológicas; tumores craneoencefálicos, quistes y malformaciones craneales; hidrocefalia; miastenia y distrofia muscular progresiva; ataxia; siringomielia y epilepsia. También, entre las contraindicaciones (no controladas), están las arritmias cardíacas severas.





Las contraindicaciones están dadas por los riesgos que pueden implicar para la salud del paciente; por ejemplo, si se presentan problemas de columna vertebral, el movimiento del caballo puede agravarlos. Cuando no hay capacidad motora de sostenerse, ya sea muscular u ósea, el paciente corre riesgo de caerse; los quistes corren riesgo de reventarse en el momento de la monta; las malformaciones craneales o la hidrocefalia pueden presentar problemas a nivel cerebral por el andar del caballo y los golpes que esto puede implicar.

Es importante que el paciente cuente con la aprobación y prescripción médica para realizar Equinoterapia. Por ende, se debe hacer una valoración médica de aptitud del paciente para poder aceptarlo en un tratamiento como este.



## CAPITULO VI: DESCRIPCIÓN DEL CENTRO DE EQUINOTERAPIA CÓRDOBA DEPORTES

El *Centro de Equinoterapia Córdoba Deportes* se inauguró oficialmente el 01 de marzo de 2011. El predio de Equinoterapia forma parte del Centro de Alto Rendimiento (C.A.R.) de la *Agencia Córdoba Deportes del Estadio Mario Alberto Kempes*. Se encuentra ubicado en la zona del Chateau Carreras de la ciudad de Córdoba.

La función social que el *Centro* ofrece a la comunidad es asistir, mediante la Equinoterapia, a niños y jóvenes que adolecen alguna patología. El único requisito es que los asistentes sean derivados por sus respectivos médicos o terapeutas.

El principal objetivo del *Centro* es, a partir de la Equinoterapia, brindar la posibilidad a toda persona discapacitada (discapacidades motoras, patologías neurológicas, Síndrome de Down, autismo, entre otras) a tener acceso a esta actual terapia alternativa en forma gratuita. De este modo, el fin sería lograr la rehabilitación del paciente, cualquiera sea su patología.

El profesional a cargo es Ricardo Yarre, profesor de equitación y terapeuta en Equinoterapia. Además, el centro cuenta con la asistencia de fisioterapeutas, kinesiólogos, psiquiatra, psicólogos y auxiliares (colaboradores). Entre los auxiliares están estudiantes de veterinaria, kinesiología/fisioterapia y psicología.

En el *Centro* se utilizan tres caballos para realizar las terapias; sus nombres son: Walter, Venancio y Goliat.

Las terapias tienen lugar los días hábiles, de lunes a viernes, por la mañana de 8.00 a 12.30 horas, y por la tarde de 14.30 a 20.00 horas.

Las terapias que pueden realizar los pacientes tienen una frecuencia promedio de ocho sesiones al mes, dos veces por semana, de 45 minutos cada una.

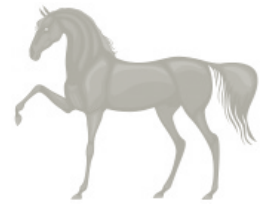
Los pacientes siempre llegan al predio acompañados por algún familiar o tutor. Mientras el paciente está en terapia, los acompañantes se sientan a esperar cerca del establo, en donde hay una mesa y sillas. La mayoría de las veces hay gente ya esperando a que termine o comience uno u otro paciente.



Se fomenta el clima familiar. Los fines de semana se organizan reuniones en el predio con el fin de compartir padres e hijos en interacción con otras familias. A estas reuniones están invitados los profesionales y auxiliares/colaboradores.

El *Centro* se encuentra en una zona rodeada de vegetación a orillas del Río Suquía. Actualmente, cuenta con treintaiocho (38) pacientes. Entre las patologías que actualmente se tratan se pueden nombrar: parálisis cerebral, síndrome X frágil, mielomeningocele, retraso generalizado del desarrollo, Síndrome de Down, autismo, tetraparecia, hiperquinesia y microcefalia.

Además de los pacientes que concurren a este centro de Equinoterapia, están los que provienen de otros tres centros en convenio, que llevan una vez a la semana a sus pacientes a realizar la terapia.



## METODOLOGÍA

### DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO

Para el presente trabajo se llevó a cabo una investigación cualitativa. El tipo de diseño que se utilizó es el exploratorio. El tema objeto de la investigación es “Equinoterapia: cambios psicológicos percibidos en los tratamientos de pacientes con síndrome de Down evaluados desde la mirada de los pacientes, su/s padres y del profesional a cargo de la terapia”. El problema investigado se formuló como un interrogante: “¿Qué tipo de cambios se perciben en pacientes con Síndrome de Down que hacen Equinoterapia?”.

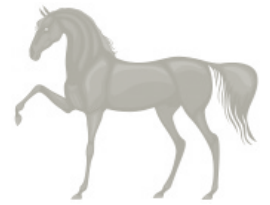
Los estudios exploratorios, de acuerdo a León y Montero (2005), son aquellos que se implementan cuando una o más variables han sido poco estudiadas, no se conoce su comportamiento en el campo de estudio y tienen como finalidad realizar una aproximación al objeto. Por otro lado, estas investigaciones sientan las bases para futuros trabajos de campo más estructurados y con una mayor precisión en la definición de las variables estudiadas.

### POBLACIÓN

En total, en Córdoba existen siete (7) centros de Equinoterapia distribuidos mayoritariamente alrededor de las salidas de la ciudad capital. La población en la que se desarrolló el presente Trabajo Final de Grado corresponde al *Centro de Equinoterapia “Córdoba Deportes”* que, como dijimos, cuenta con treintaiocho (38) pacientes con diferentes patologías.

La población a la que se le administró el instrumento para llevar a cabo el TFG se constituyó con:

1. Pacientes con Síndrome de Down
2. Profesional a cargo de la terapia (Equinoterapia).
3. Padres de pacientes con SD que asisten a Equinoterapia



## MUESTRA

Se utilizó un muestreo no aleatorio intencional o de juicio, en el que se seleccionó la muestra adecuada para procurar la representatividad; se puso en juego la representatividad subjetiva, teniendo en cuenta la intención u opinión de quien elaboró el muestreo.

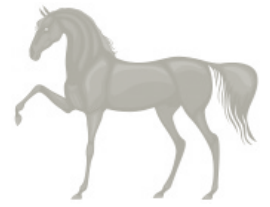
La intención fue seleccionar a todos los pacientes con Síndrome de Down que asisten al Centro de Equinoterapia *Córdoba Deportes*. Son cuatro los pacientes afectados por este Síndrome: dos hombres y dos mujeres, cuyas edades que van desde los 9 a los 29 años.

Se realizó un muestreo no aleatorio intencional o de juicio sobre:

1. Pacientes con Síndrome de Down.
  1. Dos mujeres: Sofía de 29 años y Luciana de 16 años.
  2. Dos hombres: Jerónimo de 22 años y David de 9 años.
2. Profesional a cargo del *Centro de Equinoterapia "Córdoba Deportes"*:
  1. Profesor de Equitación y Terapeuta en Equinoterapia
3. Padres de los pacientes seleccionados que asisten al *Centro de Equinoterapia "Córdoba Deportes"*:
  1. Madre
  2. Padre
  3. Ambos

## INSTRUMENTO

Se utilizaron cuestionarios dirigidos a los cuatro pacientes con Síndrome de Down, sus respectivos padres y un profesional a cargo de la Equinoterapia acerca de los cambios psicológicos percibidos en los primeros a través del tratamiento de Equinoterapia. Estos cuestionarios fueron aplicados en el *Centro de Equinoterapia "Córdoba Deportes"*.



Previa consulta a profesionales especialistas en el tema, se confeccionaron cuestionarios *ad hoc*, en los que se reunió una adecuada cantidad de preguntas que funcionarían como guía para la recolección de datos.

### **APLICACIÓN**

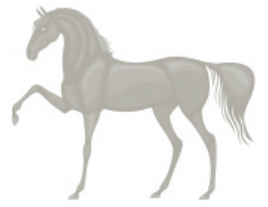
La aplicación de los cuestionarios se realizó en el predio de Equinoterapia. Los mismos fueron administrados el mismo día al paciente, su padre o tutor y al terapeuta en Equinoterapia, por la autora de la investigación. Los cuestionarios no eran totalmente cerrados, sino que permitían incorporar observaciones u otros datos de interés para la investigación que no estuvieran comprendidos en las preguntas previamente confeccionadas.

### **ANÁLISIS DE DATOS**

Se realizó un análisis cualitativo de la información obtenida en los cuestionarios. De una lectura interpretativa de las respuestas obtenidas, se utilizaron categorías de análisis definidas a priori a los fines de dilucidar significados y elementos relevantes de los datos obtenidos.

Todo esto se llevó a cabo con la finalidad de facilitar el análisis y la sistematización de los datos que, en su mayoría, son bastantes generales en las investigaciones cualitativas. Los datos analizados respondieron al tema/problema de la investigación.

- **DOMINIO PSICOAFECTIVO**
  - Inteligencia emocional
  - Efusividad afectiva
  - Tolerancia a la frustración
  - Lenguaje expresivo
  - Agresividad
  - Ansiedad
- **DOMINIO CONDUCTUAL**
  - Iniciativa
  - Atención
  - Constancia
  - Hiperactividad



- Resistencia al cambio
- Respuesta y reacción frente al ambiente
- Disciplina
- Agresividad
- Generalización de tareas aprendidas
- DOMINIO SOCIAL
  - Conductas de imitación
  - Relación con otras personas
  - Comprensión verbal
  - Autonomía

### **PLAN DE ACTIVIDADES**

Por medio de la administración de cuestionarios se esperaba conocer los resultados obtenidos en cuanto a evolución en niveles de conducta, psico-afectivo y social en los pacientes con Síndrome de Down bajo el tratamiento de Equinoterapia. Esto se llevó a cabo a través del análisis de las percepciones en los cuestionarios dirigidos a los pacientes, a sus padres y al profesional de donde se obtuvieron los datos.

En la investigación se procedió de la siguiente manera: primero se consultó a los posibles participantes de la muestra, como a sus tutores legales, si deseaban participar voluntariamente en la investigación; en caso afirmativo, se les informó que se les entregaría una carta informativa y un consentimiento informado que deberían firmar, el cual se mantendría en confidencialidad, respetando el acuerdo de anonimato que se establece en el mismo.

En segundo lugar, se administraron los cuestionarios en el centro de Equinoterapia por la autora de la investigación, con el fin de recabar una mayor cantidad de datos de los que se incluyen en las preguntas del cuestionario. Fueron administrados el mismo día al paciente, su padre o tutor y al terapeuta de Equinoterapia con una duración aproximada de 30 minutos por cuestionario.

Dentro de los cuestionarios se encuentra una sección de observaciones, las cuales incluyen información que se encuentra fuera de las preguntas.

Los cuestionarios contienen, en una primera sección, preguntas dirigidas a obtener los datos sociodemográficos del paciente; luego, los datos personales (edad, sexo, tiempo transcurrido en la

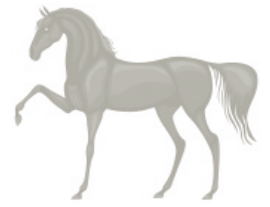


institución); por último, hay preguntas específicas que apuntan a cada uno de los dominios: psicoafectivo, conductual y social.

Una vez que fueron administrados todos los cuestionarios, se pasó a la etapa siguiente en la cual se analizaron los datos. El análisis cualitativo tuvo en cuenta los datos sociodemográficos, los personales del paciente y las percepciones que el profesional, el padre o madre, y el mismo paciente tienen sobre cada variable utilizada en la investigación, las que luego pasarían a conformar la conclusión general.

La conclusión general alude al el conjunto de variables en las que se ha percibido algún cambio en los pacientes como consecuencia del tratamiento de Equinoterapia.





## ANÁLISIS DE DATOS

### PROTOCOLO N° 1: JERÓNIMO

#### 1) Datos Sociodemográficos:

Jerónimo tiene 22 años. Sus padres están casados. Tiene una hermana menor de 18 años. Viven todos en la misma casa que tiene 2 dormitorios. Jerónimo y su hermana compartieron cuarto hasta que él cumplió 18 años. Actualmente Jerónimo duerme con su padre y su hermana, con la madre.

Jerónimo fue asistido con variados tratamientos; entre ellos, estimulación temprana desde los 11 días de vida, fonoaudiología y psicología.

En el día de la fecha, el único tratamiento al que asiste es el de Equinoterapia, desde hace un año y seis meses, dos veces por semana.

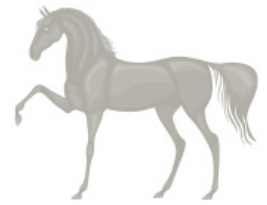
Asistió a una escuela común hasta los 10 años y después fue enviado a una escuela especial. El padre dice que tuvo un retroceso en el lenguaje y en el manejo de dinero cuando se hizo este cambio de escuela.

Actualmente Jerónimo trabaja tres horas por día como ayudante en una panadería.

Jerónimo, desde que era chico, está casi todo el tiempo con su padre, quien cuenta que mantienen una relación muy cercana y de igual a igual. A todos lados van juntos los dos. Con la madre, también se lleva bien. Jerónimo habla de ella con una sonrisa en la cara; sostiene que su mamá es una persona muy buena y que la quiere mucho.

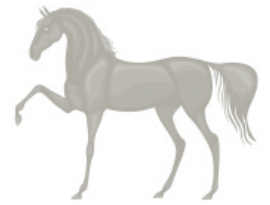
Es importante citar la relación de Jerónimo con su hermana. El padre nos cuenta que la respeta muchísimo y en toda elección que tenga que hacer, la consulta antes a ella o actúa sabiendo que es lo que ella misma haría en determinada situación.

La entrevista fue administrada al padre de Jerónimo, quien no tuvo problema en contestar ninguna pregunta y aportó datos de gran interés.



#### Dominio Psicoafectivo:

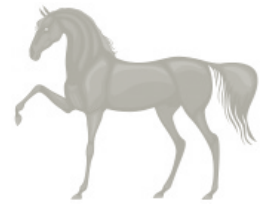
- **Inteligencia emocional:** Según la mirada del terapeuta de Equinoterapia, podemos advertir un cambio positivo en la manera en que el paciente responde adecuadamente ante una indicación. También se puede notar, siguiendo con la mirada del terapeuta de Equinoterapia e incluyendo la de Jerónimo, que se logró un cambio positivo en la estimulación que produce una actividad y objeto nuevos, aprendió a controlar la respuesta y a no emocionarse en demasía, por ejemplo, cuando monta un caballo.  
Otro cambio importante se ve en la relación con otras personas. A través de la experiencia en Equinoterapia, Jerónimo comienza a responder más adecuadamente al contexto y darse cuenta cómo responder en las relaciones. Por ejemplo, cuando el profesional está preocupado por algo, él se lo pregunta e intenta dar soluciones.
- **Efusividad afectiva:** Se puede apreciar un importante cambio en el momento en que el paciente experimenta la efusividad afectiva; de acuerdo con el padre, antes de realizar Equinoterapia tenía demostraciones emocionales bruscas; después de la experiencia en Equinoterapia, Jerónimo aprendió a controlar esos cambios emocionales, en opinión del padre y del terapeuta de Equinoterapia, quienes lo ven más tranquilo desde que llega al predio y monta, hasta cuando tiene que darle de comer o acariciar al caballo. Jerónimo sostiene que “casi siempre” le pasa que, de reírse, se larga a llorar o que se enoja fácilmente.
- **Tolerancia a la frustración:** No observan cambios importantes de destacar. Jerónimo se frustra (en promedio “casi siempre”) cuando no puede realizar una actividad, cuando no lo dejan hacer lo que quiere o cuando no logra resolver eficazmente una tarea. El paciente manifiesta que, en la actualidad, se enoja “casi siempre” cuando no lo dejan hacer lo que él quiere.
- **Lenguaje expresivo:** Después de un año y medio de tratamiento en Equinoterapia, Jerónimo comienza a comunicar más claramente sus emociones, aprende a poner palabras más claras a lo que siente. Además, comunica sus emociones a más personas; antes solo hablaba de sentimientos con el padre, los amigos y, en el contexto de Equinoterapia, solamente con el terapeuta de Equinoterapia. Ahora, puede transmitir de manera diferente sus emociones y a más personas, entre ellos: otros amigos, otros familiares, voluntarios de Equinoterapia y otros pacientes.



- Agresividad: En Jerónimo no se perciben cambios en esta variable. De acuerdo con el padre, de chico le enseñaron a controlar sus impulsos agresivos. En general, no se presenta como una persona agresiva. El paciente sostiene que “nunca” le pega o insulta a la gente.
- Ansiedad: En el transcurso del tratamiento, en esta variable no se notan cambios en Jerónimo, presentando un nivel medio de ansiedad en las entrevistas.

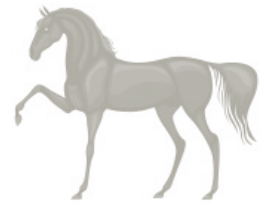
## 2) Dominio Conductual:

- Iniciativa: No se observa un cambio importante, pero sí un aumento leve en esta variable, lo cual refleja también un aumento en la tendencia a la exploración. Disminuye la tendencia a la distracción y puede actuar mejor con lo que el entorno le proporciona.
- Atención: Jerónimo tiene una muy buena capacidad de atención y comprensión de lo que las otras personas le dicen. No se aprecia un cambio en esta variable, pero sí se puede advertir una leve modificación en la variable de atención prolongada. Después de tener la experiencia en Equinoterapia, Jerónimo pudo lograr un progreso en la capacidad de mantener la atención por un tiempo mayor, pudiendo así comenzar y terminar un ejercicio completo en el momento de la monta.
- Constancia: No se percibe un cambio en esta variable. Según Jerónimo, “pocas veces” puede hacer una misma actividad durante mucho tiempo. Es importante destacar algunas diferencias en el punto de vista del padre de Jerónimo y el del profesional. El padre dice que “casi siempre” Jerónimo es inconstante a la hora de realizar una misma actividad, porque se aburre y se distrae. Algunos ejemplos de esto se dan en el trabajo, cuando empieza alguna labor e intenta terminarla rápido para poder hacer otras cosas. Según el profesional, en el centro de Equinoterapia, “pocas veces” Jerónimo es inconstante. Puede sostener una misma tarea y la disfruta, como, por ejemplo, mantener un galope o trote, dar de comer al caballo, cepillarlo, etc.
- Hiperactividad: En esta variable se puede observar un cambio desde la mirada del padre. Este sostiene que se lo nota a Jerónimo más hiperactivo que de costumbre, sobre todo en los días que tiene que asistir a Equinoterapia. En sus palabras, puede deberse a la emoción que Jerónimo siente ante los caballos y la felicidad que estos le generan, lo que podría



asociarse a la emoción de realizar algo placentero que puede producir agitación, más que hiperactividad. Según el profesional, no hay variación entre el antes y el después.

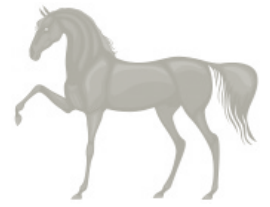
- Resistencia al cambio: En esta variable, es importante señalar la diferencia entre las respuestas del padre y del profesional. Según el padre, Jerónimo “nunca” se resiste al cambio generando berrinches o negándose a realizar determinada actividad (posible “deseabilidad social” por parte del padre). Según el terapeuta de Equinoterapia, al comienzo de la terapia, Jerónimo presentaba “a veces” resistencias al cambio de un animal a otro y se enojaba cuando no lo dejaban realizar determinada actividad. Se puede considerar un cambio positivo el ser considerado como “pocas veces” resistente a los cambios. Actualmente, puede comprender mejor y seguir las indicaciones del terapeuta de Equinoterapia y presenta en menor medida conductas resistentes.
- Respuesta y reacción frente al ambiente: No se nota un cambio en esta variable. Ante el cambio de una actividad a otra, el padre sostiene que Jerónimo se resiste, en contradicción a lo antes dicho, y después se adapta, mientras le guste la actividad que está realizando. El padre pudo notar que la Equinoterapia ayudó a Jerónimo a una mayor aceptación cuando se lo reta o se le pone un límite. Por otro lado, el profesional sostiene que Jerónimo tiende a repetir conductas aprendidas anteriormente; por ejemplo, si algún voluntario le pide que monte el caballo y solo camine, Jerónimo va a querer mostrar que él ya sabe galopar. Actualmente, se observa que Jerónimo tiene más facilidad para adaptarse a una actividad. Siguiendo la mirada del terapeuta de Equinoterapia, Jerónimo “siempre” respondió adecuadamente cuando se lo retaba o se le ponía un límite. Desde la mirada del paciente, cuando alguien le pide que haga alguna actividad diferente de la que está haciendo, “pocas veces” le gusta.
- Disciplina: No se perciben cambios en esta variable. Jerónimo es visto como una persona muy disciplinada, tanto desde la mirada del propio paciente, como desde la del profesional y el padre.
- Agresividad: No se observa cambio alguno en esta variable. Desde las miradas del padre y del terapeuta de Equinoterapia, Jerónimo “nunca” presenta comportamientos agresivos hacia ninguna persona o animal o hacia él mismo. Jerónimo opina igual que ambos.
- Generalización de tareas aprendidas: Desde la mirada del terapeuta de Equinoterapia, después de la experiencia en Equinoterapia, se puede notar un cambio en Jerónimo al poder generalizar conductas aprendidas a otros contextos fuera de donde las aprendió. Desde la



mirada de Jerónimo, “pocas veces” puede usar conocimientos que aprendió en su casa (por ejemplo) en otros ambientes.

### 3) Dominio Social :

- Conductas de imitación: Se puede destacar una discordancia entre los puntos de vista del padre y del terapeuta de Equinoterapia. Desde la mirada del padre, Jerónimo “casi siempre” presenta conductas de imitación, ya sea de compañeros del colegio, profesores, familiares, etc. Y desde la mirada del profesional, Jerónimo “nunca” presenta conductas de imitación; aprendió a ser más él mismo desde el primer día que llegó al predio. Comenzó a separarse más de su padre y a ser más auténtico, tomando decisiones independientes. El terapeuta de Equinoterapia refiere que, cuando comenzó, ante una situación determinada miraba al padre y respondía como el padre lo hubiera hecho; después de haber pasado un tiempo, podía tomar decisiones sin consultarlo, e incluso se separaba físicamente, pudiendo alejarse y salir de la mirada paterna.
- Relación con otras personas: Desde la opinión del padre, la Equinoterapia ayudó a Jerónimo a disminuir la timidez y la tozudez y aumentar el diálogo con otras personas. Desde la opinión del terapeuta de Equinoterapia, Jerónimo actualmente es más amable con las personas que al principio del tratamiento.
- Comprensión verbal: Se puede observar un cambio en la variable después de un tiempo transcurrido el tratamiento. El terapeuta destaca que, en particular, en este paciente se pudo notar un cambio con el transcurso de la terapia.
- Autonomía: Uno de los cambios más importantes en Jerónimo se manifiesta en esta variable. En el ámbito del hogar, comenzó a manifestar su autonomía de una manera más organizada; si bien los dominios en los que manifiesta su autonomía no cambiaron (orden, vestimenta, manejo de dinero), sí progresaron a una mayor predisposición y atención a la hora de realizarlos. En el ámbito de la Equinoterapia, se puede observar el cambio: en el inicio del tratamiento, Jerónimo tenía miedo en el primer contacto con los caballos. En la actualidad, es uno de los pacientes más avanzados y con más autonomía; sube solo al caballo, maneja solo las riendas y anda en trote y galope. Jerónimo sostiene que “casi siempre” hace cosas solo, sin que nadie lo acompañe o lo ayude. Los ámbitos en los que él considera que es autónomo son: aseo, orden, vestimenta y manejo de dinero.



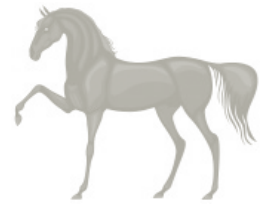
#### 4) Conclusiones:

Cuando se observa detalladamente cada dominio estudiado, después de un año y seis meses de ser Jerónimo asistido con la Equinoterapia, se pueden percibir cambios en las tres variables: psicoafectiva, conductual y social.

En el dominio psicoafectivo los cambios más importantes son dentro de la inteligencia emocional, efusividad afectiva y lenguaje expresivo. Jerónimo tuvo su contacto más cercano con un caballo en el predio de Equinoterapia. Al principio, tuvo miedo de acercarse; luego, tuvo miedo de acariciarlo. En la segunda semana, subió por primera vez a un caballo y montó acompañado. Su vínculo con el caballo se fue afianzando y comenzó a tener más confianza en el animal. Transcurrido el mes, Jerónimo ya podía manejar las riendas sin ayuda y comenzó a aprender a que el caballo le obedeciera. Al poco tiempo, ya tuvo la confianza suficiente como para hacer andar al caballo en trote y luego galope. Se podría sostener que el vínculo creado con el caballo ayudó a Jerónimo a tener una buena habilidad para manejar sentimientos y emociones propias y de terceros. Puede utilizar la información que recibe para guiar el pensamiento y la acción; por ejemplo: aprendió a darse cuenta cómo reacciona un caballo, cuándo el animal está cansado, ansioso/nervioso, asustado, etc. También lo ayudó a controlar sus cambios emocionales bruscos y a enriquecer su lenguaje expresivo. Al conocer más al caballo, se vio obligado a estar tranquilo durante la monta, o acercarse siempre con precaución para acariciarlo o darle de comer.

En el dominio conductual se observan cambios en la iniciativa, hiperactividad y respuesta y reacción frente al ambiente. Los cambios favorables, como por ejemplo el que se puede notar en la iniciativa, le va a permitir a Jerónimo poder lograr un avance en la autoinhibición de sus conductas y poder actuar más en el ambiente donde se encuentre.

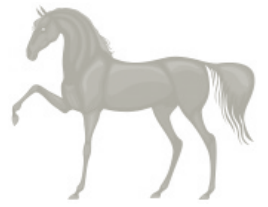
Un dato significativo en la conducta es el de la hiperactividad. Si bien el padre menciona que se pone "hiperactivo" los días que va a Equinoterapia, el terapeuta de Equinoterapia dice que no. Esto podría asociarse, como se dijo anteriormente, a una agitación emocional más que a una hiperactividad, expresando la emoción por hacer algo que disfruta. Con lo cual, si se observa desde esta perspectiva, Jerónimo no presentaría problemas en este dominio.



Algo importante a destacar es una aparente “deseabilidad social” por parte del padre ante las conductas de su hijo, lo que puede observarse en algunas discordancias tenidas en cuenta en las respuestas que él mismo dio en la entrevista. Cuando se intenta medir, dentro del dominio conductual, la variable “resistencia al cambio”, se puede notar una diferencia entre las respuestas del padre y las del profesional, ya que el primero dice que no se resiste, mientras que el terapeuta de Equinoterapia plantea que al principio sí se resistía y que actualmente ha disminuido este comportamiento. Se podría, así mismo, suponer que el padre, por alguna razón, no quiere ver que su hijo tiene una barrera por superar que implica poder lograr romper con esas resistencias ante el cambio a una actividad nueva.

Claramente se pudo apreciar, a partir de la respuesta que dio el terapeuta de Equinoterapia, que Jerónimo presentaba un grado medio de resistencia al cambio, que actualmente disminuyó a un grado mínimo. Lo que ayudó a Jerónimo en este cambio, fue poder incorporar en su vida, algunas enseñanzas que le dio y le seguirá dando la Equinoterapia, como, por ejemplo, entender que no todo tiene que ser como él quiere y que tiene que animarse a desafiarse. Particularmente se pudo observar en este paciente que el reto que enfrenta, lo supera hasta que logra dominarlo, como aprender a manejar al caballo en galope y sentarse bien derecho en el lomo del caballo.

En el dominio social se perciben cambios en la relación con otras personas y la autonomía. Se puede percibir el cambio de Jerónimo en el ámbito social viendo como se relaciona mucho más con otras personas de lo que lo hacía al comienzo del tratamiento. Un cambio importante destacado por el terapeuta de Equinoterapia es el logro de Jerónimo de poder tomar distancia de su padre y comenzar a ser él mismo. Durante el tratamiento de la Equinoterapia, Jerónimo fue teniendo más autonomía para realizar determinadas actividades, lo cual repercutió también en otros ámbitos en donde se maneja, como ser el ámbito familiar y el ámbito de su trabajo.



## PROTOCOLO N° 2: SOFÍA

### 1. Datos sociodemográficos:

Sofía tiene 29 años. Es única hija. Sus padres están casados y viven los tres en la misma casa. Sofía tiene un cuarto independiente al fondo de la casa. Asiste a una escuela especial en donde está cursando el último año.

Los tratamientos realizados anteriormente fueron psiquiátricos, fonoaudiológicos y nutricionales. Actualmente, mantiene los nutricionales (desde hace 5 años) y psicológico (terapia psicoanalítica familiar, desde hace 2 años).

Hace 9 meses que está asistiendo a Equinoterapia dos veces por semana.

En lo cotidiano, la relación que mantiene con sus padres es la habitual. Comparten los almuerzos y las cenas, sin excepciones, y siempre tiene que solicitarles autorización para todo.

Sofía mantiene mejor relación con el padre que con la madre. La relación con el padre involucra la admiración, el respeto y el cariño. La relación con la madre, desde hace ya 5 años, es de rivalidad y competencia, aunque también involucra el cariño.

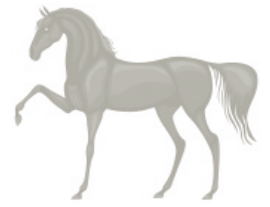
Entre los gustos particulares de Sofía se encuentran la pintura y la televisión. Pinta desde que tiene 17 años y considera esto su pasatiempo favorito. En su cuarto, tiene un sector que es su lugar de pintura, en donde ella dibuja y luego pinta sus cuadros (de los cuales ya vendió tres). Otros de sus gustos particulares son los programas de chimento que pasan todas las tardes por la televisión, de lunes a viernes. Y los fines de semana, Sofía suele realizar “juntadas” con dos amigas en un parque -que se encuentra a cuatro cuadras de su casa-, en donde toman mate y se divierten.

Se entrevistó al padre de Sofía, quien aportó datos que aparecen en esta entrevista.

### 2. Dominio Psicoafectivo:

- Inteligencia emocional: “Siempre” Sofía tuvo la capacidad de poder responder adecuadamente al contexto, dependiendo de lo que el contexto demandara de ella. Según la mirada del padre, ahora puede controlar su respuesta ante una nueva actividad u objeto, mientras que antes actuaba emocionándose en demasía. En



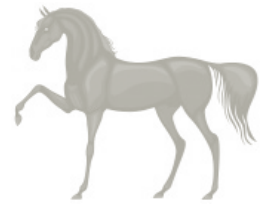


palabras de Sofía, “casi siempre” que alguien le da una indicación, ella responde adecuadamente.

- Efusividad afectiva: No se perciben cambios en esta variable. Sofía es considerada como una mujer que “a veces” sufre cambios emocionales bruscos, pero que aprendió a controlarlos.
- Tolerancia a la frustración: Desde la perspectiva del padre, en esta variable se advierte en Sofía un cambio que repercutió sobre todo en la escuela: una profesora le comentó que la nota más atenta a la hora de realizar determinada actividad y que tiene menos problemas para pedir ayuda. Desde la mirada de Sofía, “casi siempre” que no la dejan hacer lo que quiere, se enoja y cuando no logra resolver una actividad, sigue intentando.
- Lenguaje expresivo: Siempre desde la mirada paterna, en esta variable se observa un cambio en Sofía, pues ahora tiene más facilidad para comunicar sus emociones. Además, en el ámbito del hogar, logró entablar una mejor relación con su madre. En el ámbito de la terapia, también se percibe este cambio. Desde el punto de vista de Sofía, ella solamente comunica sus emociones a su padre y amigos.
- Agresividad: Sofía no es considerada agresiva ni verbal ni físicamente.
- Ansiedad: Según el padre, Sofía nunca presentó síntomas de ansiedad en ningún contexto; siempre pudo adaptarse rápidamente y ser ella misma. Desde la mirada del profesional, en esta variable se puede percibir un cambio en Sofía: al principio, se la notaba un poco alterada y comenzaba a agitarse al subir al caballo. Hoy, “pocas veces” presenta ese comportamiento. Según Sofía, “a veces” se pone nerviosa; esto suele pasarle con una señora que vive cerca de su casa porque siempre la reta.

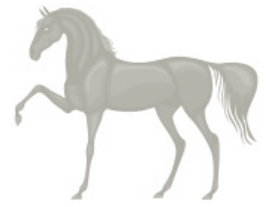
### 3. Dominio conductual:

- Iniciativa: No se observan cambios en esta variable. Según el padre y el terapeuta de Equinoterapia, Sofía “casi siempre” comienza a hacer cosas sin que nadie se lo pida. Se da cuenta de lo que hace falta y se pone a ayudar. Según Sofía, “siempre” inventa cosas nuevas para hacer.
- Atención: El terapeuta de Equinoterapia sostiene que “a veces” Sofía presta completamente atención a lo que uno le dice. El cambio puede percibirse desde la



mirada del padre y del profesional, quienes sostienen que, al día de hoy, puede prestar mejor atención durante periodos prolongados. En la administración del cuestionario a la paciente, se pudo observar que “casi siempre” pudo prestar atención, y ella sostiene que “siempre” presta atención cuando alguien le da alguna indicación.

- Constancia: En esta variable, el cambio importante en Sofía es percibido por el terapeuta de Equinoterapia. Al inicio del tratamiento, él la consideró “casi siempre” inconstante para sostener de manera prolongada la realización de una misma tarea. Después de 9 meses de tratamiento, la percibe mucho más constante y la considera como “pocas veces” inconstante. Desde la mirada del padre, no se perciben cambios; sostiene que “pocas veces” Sofía es inconstante en la realización de alguna actividad y, por el contrario, siempre que comienza alguna sabe que tiene que intentar terminarla, para luego pasar a la siguiente. Desde la mirada de la paciente, ella se considera “pocas veces” inconstante.
- Hiperactividad: Luego de nueve meses de tratamiento, se puede notar un cambio en esta variable, tanto en el ámbito familiar como en el terapéutico. La Equinoterapia ayudó a Sofía a estar más concentrada y atenta en lo que está haciendo. Al principio, llegaba al predio y no se quedaba quieta; se ponía a hacer cosas que no debía, como intentar ponerle las riendas al caballo sin saber cómo. Con un poco de disciplina y explicaciones por parte del terapeuta de Equinoterapia y voluntarios, comprendió que había cosas que no podía hacer. A la fecha, apenas llega al predio, pregunta en qué puede ayudar y siempre se le da una tarea específica, la cual inmediatamente realiza con entusiasmo. Ella se considera “casi siempre” hiperactiva.
- Resistencia al cambio: Según el terapeuta de Equinoterapia, no se observan cambios en esta variable en Sofía; se la considera como una persona que presenta “pocas veces” resistencia al cambio. Por ejemplo, si después de la monta se le pide que ayude a bañar al caballo y ella no tiene deseos de ensuciarse, entonces dice que no, pero que sí puede cepillarlo luego del baño. Desde la mirada del padre, se observa un cambio importante en lo que respecta al ámbito familiar; por ejemplo, antes, “a veces” se negaba a realizar tareas hogareñas, como poner la mesa u ordenar su cuarto; actualmente, transcurridos nueve meses de experiencia en Equinoterapia, “nunca” volvió a presentar un berrinche, negación o resistencia ante este tipo de

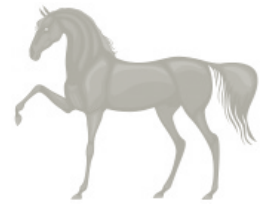


tareas solicitadas por los padres, aunque no habitualmente. En palabras de Sofía, “siempre” le gusta cuando alguien le pide que realice una actividad diferente de la que está haciendo en ese momento porque se aburre fácilmente.

- Respuesta y reacción frente al ambiente: Cuando hay un cambio en el contexto, ambos, padre y terapeuta de Equinoterapia, sostienen que Sofía tiende a repetir conductas aprendidas. Desde la mirada del padre, actualmente no se desinteresa rápidamente en la actividad por realizar, como lo hacía antes de comenzar el tratamiento de Equinoterapia. Desde la mirada del profesional, Sofía se adapta más fácilmente que antes a las actividades nuevas o a los cambios en el contexto.
- Disciplina: No se observan cambios en esta variable. Sofía aprendió a tener disciplina tanto en el ámbito familiar como extrafamiliar, lo que no se asocia directamente con el tratamiento de Equinoterapia, sino con comportamientos o normas aprendidas previamente.
- Agresividad: Desde la mirada del padre, en esta variable se advierte en Sofía un leve cambio. En sus palabras, en el ámbito familiar ya no responde de mala manera a su madre cuando ésta le pide que la ayude a hacer algo, hecho que antes hubiera terminado en una discusión entre ambas. Por otro lado, Sofía reconoce que ella primero se enoja y luego acepta el reto o el límite que alguien le impone.
- Generalización de tareas aprendidas: Desde el punto de vista de Sofía, ella “casi siempre” puede usar aprendizajes de su casa en otros ambientes, por ejemplo: los buenos modales. En esta variable, según el padre de Sofía, no puede señalarse en ella un cambio debido al tratamiento; pero sí, desde la percepción del profesional. El terapeuta de Equinoterapia sostiene que Sofía logró un avance en el entendimiento de la relación con el caballo, comprendió que hay que ser directa con el animal, ya sea montando, dándole de comer o acariciándolo, para evitar confusiones en el animal y que éste reaccione de una manera inadecuada.

#### 4. Dominio social:

- Conductas de imitación: Desde la percepción del terapeuta de Equinoterapia, se observa en Sofía una leve disminución en sus conductas de imitación, que le hacen sentir más confianza sobre las actividades que está realizando. Generalmente, en el



ámbito familiar, son imitaciones de conductas del padre y, en el ámbito terapéutico, de conductas del terapeuta de Equinoterapia.

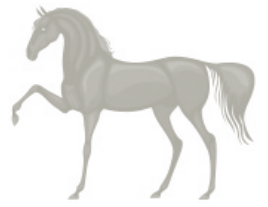
- Relación con otras personas: Después de nueve meses de transcurrido el tratamiento, se puede decir que comienzan a desaparecer en Sofía conductas de timidez y aumenta la amabilidad y la conversación con otras personas.
- Comprensión verbal: No se observan cambios en Sofía debidos a la Equinoterapia. Se destaca en ella una buena comprensión verbal en la relación con otras personas y lo que estas le intentan transmitir en lenguaje claro y no muy rebuscado.
- Autonomía: En el ámbito familiar no se perciben cambios en lo que respecta a la autonomía de Sofía. Sin embargo, existe una discordancia entre lo que ella dice y lo que dice el padre. Sofía sostiene que tiene la capacidad de manejar dinero; el padre refuerza esto, pero comenta que no tiene capacidad para reconocer el valor de la plata. Por lo tanto, el dinero que maneja es el justo monto para comprar una determinada cosa o manejarse en taxis o colectivos. En el ámbito de la terapia se destaca un cambio en esta variable. Al comienzo, Sofía montaba acompañada y ,actualmente, monta sola y maneja las riendas, aunque todavía no se anima a andar en trote o galope.

## 5. Conclusiones:

En Sofía, se pueden percibir cambios en las tres variables (psicoafectiva, conductual y social) después de nueve meses de ser asistida con Equinoterapia.

En el dominio psicoafectivo, los cambios observados más importantes son la tolerancia a la frustración y el lenguaje expresivo. La experiencia en Equinoterapia pudo ayudar a Sofía a comprender que sus deseos no pueden ser satisfechos en el momento y que no siempre va a hacer lo que quiera. También comprendió que no siempre las cosas van a salir de la mejor manera y ya no se frustra tanto en los intentos. Por otra parte, al mejorar la relación con la madre, puede hablar de más cosas con ella y comunicar mejor sus emociones. En el ámbito terapéutico, al comienzo Sofía solo hablaba con el terapeuta de Equinoterapia; ahora también se siente cómoda para hablar con los voluntarios sobre sus estados de ánimo.

La mayor cantidad de cambios que se pueden advertir en Sofía están particularmente en el dominio conductual. Los observados como más importantes son: la atención, la constancia, la



hiperactividad, la resistencia al cambio, la respuesta y reacción frente al ambiente y la generalización de conductas aprendidas. Se puede considerar que desde la mirada del padre y del terapeuta de Equinoterapia se observaron cambios en Sofía tanto en el ámbito familiar como terapéutico. En palabras del padre, se la nota más atenta a la hora de recibir indicaciones o, simplemente, cuando se está teniendo una conversación con ella. También está más tranquila en su casa y las actividades que realiza las hace con calma y no tan descontrolada como antes; por ejemplo, cuando pinta. Otro cambio percibido es que realiza actividades sin prejuicios previos; por ejemplo: cuando se la desafía con algo nuevo, como ser una salida a algún lugar, a lo que antes ella hubiera opinado que no quiere ir porque no sabe de qué lugar se trata, o qué gente concurre a ese lugar, a modo de barreras para no hacer nada y quedarse en su casa tranquila. Actualmente, comenta el padre que disfruta mucho más hacer salidas que antes del tratamiento.

En el dominio social, los cambios percibidos como más importantes están en la relación con otras personas y en la autonomía. Se puede percibir una capacidad en Sofía de estar más conectada que antes a la hora de entablar conversaciones con otras personas, y no dispersarse tanto, lo que puede notarse en el aumento de la variable “amabilidad”. Por otro lado, la autonomía se incrementó en el ámbito de la terapia, mientras que en el ámbito familiar no se perciben cambios. En el predio, Sofía logró un avance en esta variable: al principio subía al caballo con ayuda y montaba acompañada; después de 9 meses de tratamiento, sube sola al caballo, monta sola y anda en trote y galope, lo que le permite alejarse de la pista, habiendo logrado confianza con el animal y la gente que está a cargo de la institución.



## PROTOCOLO N° 3: LUCIANA

### 1. Datos sociodemográficos:

Luciana tiene 16 años. Vive con su madre y tres hermanos, dos mujeres más grandes que ella, de 18 y 21 años, y un varón más chico, de 7 años. Sus padres están divorciados desde hace un año y medio. Luciana mantiene una frecuente y muy buena relación con el padre.

La madre de Luciana es enfermera y realiza guardias de veinticuatro horas dos veces por semana. Esos días, en los que no está en la casa, los hermanos se hacen cargo de Luciana, ya sea para acompañarla al colegio, a médicos o a la casa de algún amigo.

Desde que tiene seis años, asistió siempre a la misma escuela, en la cual está cursando primer año. Las devoluciones de los profesores a los padres muestran un buen desempeño académico por parte de Luciana, quien es considerada una persona inquieta y dispersa.

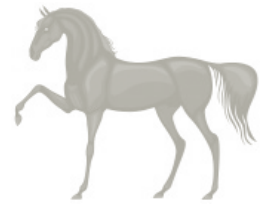
Luciana está de novia desde hace dos años con un chico que padece su misma afección, asiste a su escuela y tiene su misma edad. Se conocen de toda la vida, porque sus familias son amigas.

Luciana asistió a tratamientos fonoaudiológicos desde los 6 hasta los 15 años y también a terapia psicológica desde los 11 a los 13 años. La madre dice que la comenzó a mandar a terapia por algunas dificultades que presentaba cuando comenzó la adolescencia; por ejemplo, la aparición de inhibiciones sociales o retrocesos en cosas que ya había aprendido, como la escritura. Además, sostiene que la terapia le hizo muy bien a Luciana, ya que podía hablar cosas con la psicóloga que no hablaba en su casa y pudo contar con otro punto de vista, diferente al de su familia. Después de realizado el tratamiento, no volvió a “estancarse” en otra situación; al contrario, siguió avanzando, un poco más lento, pero sin retrocesos.

Desde hace 10 meses, Luciana asiste al centro de Equinoterapia dos veces por semana y no realiza conjuntamente ningún otro tratamiento.

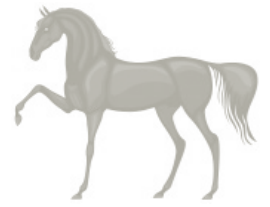
### 2. Dominio psicoafectivo:

- Inteligencia emocional: En esta variable, desde el punto de vista de la madre y del profesional, se puede reconocer un cambio en Luciana. Ambos sostienen que



responde mucho mejor a lo que el contexto le demanda. También han podido notar que responde con mejor predisposición a las indicaciones que se le dan, tanto en la casa como en el predio. En palabras de la madre, Luciana está mucho más atenta a las necesidades de la casa, de sus integrantes y a las suyas propias. Por primera vez, comenzó a pedir ayuda a la madre y hermanos en algunas tareas del colegio, cuando antes los demás se daban cuenta de que la necesitaba y se la brindaban sin que ella la pidiera. En Equinoterapia, el cambio fue notable: al principio, Luciana parecía no escuchar las indicaciones, porque se encontraba invadida por la emoción que le provocaban los caballos y había que repetirle varias veces las indicaciones. Después, se podría inferir que Luciana comenzó a “controlar más su respuesta” en lo que depende del contexto, a saber cómo actuar y en qué momento. Sigue “emocionándose en demasía”, aunque en grado más leve. Luciana sostiene que “casi siempre” responde de manera adecuada cuando alguien le da una indicación.

- Efusividad afectiva: En palabras de Luciana, “casi siempre” tiene estados de ánimo cambiantes y se enoja fácilmente. Al comienzo del tratamiento, al subirse al caballo ella gritaba, se exaltaba. No solo ella estaba nerviosa, sino que también ponía nervioso al caballo. Además, se la notaba más dispersa de lo que está actualmente. Cuando recibía una indicación, parecía que no la había escuchado, porque la mayor parte del tiempo hacía lo que ella quería. En Equinoterapia se le enseñó la importancia de entablar una mejor relación con el caballo; pudo estar más tranquila y logró afianzar la relación para poder manejar las riendas por sí sola.
- Tolerancia a la frustración: Desde la mirada de la madre y del profesional, se puede reconocer en Luciana un cambio que va del “casi siempre” al “a veces”. Se observa en ella una mayor predisposición en esta variable a la hora de tener que enfrentar situaciones en las que no se la deja hacer lo que ella quiere o no puede resolver eficazmente una tarea. Según la paciente, “casi siempre” se enoja cuando no la dejan hacer lo que ella quiere y, también, cuando no logra hacer algo.
- Lenguaje expresivo: No se pueden observar cambios importantes en esta variable. Luciana siempre fue una persona sociable, que no tuvo problemas para hablar de sus sentimientos y estados de ánimo. Pero sí se puede advertir un cambio en el número de personas a las que Luciana comunicaba lo que le pasaba o sentía. En el ámbito familiar, antes de comenzar Equinoterapia, solo hablaba con sus padres y



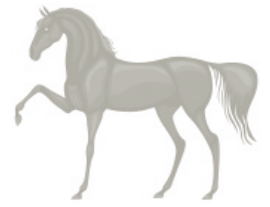
hermanos. En la actualidad, la madre sostiene que presencié situaciones en las que hablaba más con sus amigos y otros familiares, como un primo y su abuela. En el ámbito de la terapia, al comienzo solo hablaba con el terapeuta de Equinoterapia y algunos voluntarios, porque estos le preguntaban y ella solo respondía a las preguntas que le hacían. Actualmente, el rango se extendió también hacia otros pacientes o familiares de pacientes de Equinoterapia.

- Agresividad: Se percibe en Luciana un cambio en esta variable. Antes de comenzar Equinoterapia tenía actitudes levemente agresivas. En la actualidad, esas actitudes han disminuido. En la casa, solía usar un lenguaje vulgar cuando se trataba de cosas que ella no tenía ganas de hacer o cuando se le ponía un límite. Según la madre, esta forma de dirigirse a otros se redujo. En el ámbito de Equinoterapia, al comienzo, cuando se sobreexcitaba, Luciana trataba a los caballos como un objeto, les gritaba o les pegaba palmadas en el lomo. Mediaron algunas correcciones a Luciana referentes a estas actitudes por parte del profesional y hasta la fecha nunca más volvió a repetirlas. Según Luciana, ella “nunca” agrede ni verbal, ni físicamente a nadie.
- Ansiedad: Puede advertirse en Luciana un cambio en la ansiedad. La madre cuenta que, en el ambiente familiar, está mucho más tranquila. El terapeuta de Equinoterapia destaca un cambio en el antes y después de la terapia. Antes, Luciana estaba más ansiosa en lo que respecta al contacto con el animal y, especialmente, cuando tenía que esperar su turno. Hoy, Luciana llega al predio, se sienta, espera tranquila y tiene mucha más confianza en el caballo. Según la paciente, ella “pocas veces” se pone nerviosa. En sus palabras, suele experimentar ansiedad frente a perros grandes.

### 3. Dominio conductual:

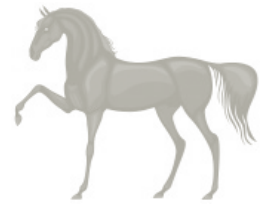
- Iniciativa: En Luciana, se observa un cambio en la iniciativa. En el ámbito familiar, se la nota más atenta para tomar iniciativas en una charla. Antes, solamente contestaba a preguntas y ahora es ella la interesada en saber de la vida de los demás. En Equinoterapia, se observó un cambio en su modo de actuar frente al





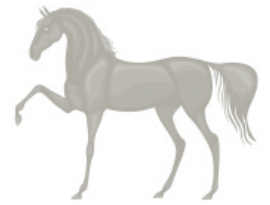
caballo. Al comienzo, solo se acercaba de la mano de la madre a acariciarlo; luego, solo se subía si alguien la ayudaba. Ahora, ella sola avanza hacia el caballo para acariciarlo y hasta se animó (sin que nadie le dijera ni le explicara cómo hacerlo) a ponerse sola los estribos y a ajustarlos de manera correcta. También toma la iniciativa para buscar sola su casco y fusta antes de montar. Luciana sostiene que “a veces” le gusta hacer cosas nuevas para ella, o inventa cosas nuevas para hacer.

- **Atención:** En Luciana, se nota un avance en esta variable. Desde la mirada de la madre, se advierte en la casa en el momento en que recibe una indicación; por ejemplo: hacer una tarea del colegio. Antes, había que repetírsela varias veces y, en ocasiones, forzarla a hacerla. Además de esto, actualmente se observa que Luciana puede estar concentrada por periodos más prolongados realizando, por ejemplo, una tarea del colegio, y con menos dispersiones. Desde la mirada del profesional, Luciana está más atenta en los momentos en que se sube al caballo. Presta atención a lo que pasa a su alrededor y, sobre todo, a los movimientos del caballo, a mantener la postura, a sostener bien las riendas, etc. En palabras de ella, “a veces” presta atención o escucha cuando alguien le da una indicación, pero en el transcurso de la entrevista se pudo observar que Luciana pudo mantener la atención por periodos prolongados “casi siempre”.
- **Constancia:** Luciana se considera “pocas veces” inconstante para realizar de manera prolongada una misma tarea. Por otro lado, la madre y el profesional la consideran como “a veces” inconstante, habiendo logrado un avance en el tiempo que lleva asistiendo a Equinoterapia. Por ejemplo: en la terapia, puede ser más constante en la realización de algún ejercicio sobre el lomo del caballo. Su familia también la nota más constante que antes, por ejemplo, cuando ayuda a cocinar a la madre.
- **Hiperactividad:** Se observa un cambio importante en esta variable. En palabras de la madre, Luciana está mucho más tranquila cuando comparten tiempo juntas. Antes, cuando tenían que salir al centro, era solo para hacer algún trámite importante, porque Luciana se comportaba mal y era difícil para su madre controlarla. Hoy en día, la madre sostiene que puede salir con Luciana al centro a pasear y a hacer actividades diferentes, como ir al parque a caminar. Ella se encuentra mucho más tranquila y no se sobresalta o agita tan seguido como antes. Según el terapeuta de Equinoterapia, Luciana presenta “pocas veces” comportamientos como el agitarse o



no quedarse quieta, cuando al principio lo hacía “casi siempre”. Luciana se considera como “casi siempre” hiperactiva.

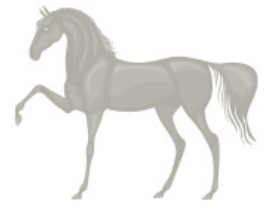
- Resistencia al cambio: Se puede percibir un cambio en Luciana al momento de enfrentarse a una situación nueva. La madre y el profesional acuerdan en sostener que pasó de ser considerada “casi siempre” como una persona que se resistía a realizar una actividad nueva cuando estaba haciendo algo que le gustaba, a ser considerada como que “a veces” presenta berrinches o se niega a realizar una nueva actividad. Luciana considera que “a veces” acepta cambiar de actividad sin poner resistencia.
- Respuesta y reacción frente al ambiente: En esta variable se puede observar que, después de 10 meses de tratamiento, en Luciana comenzó a disminuir la resistencia al cambio y el rápido desinterés en la realización de una actividad en particular. Otro cambio positivo que se ha observado es que ahora tiene mayor capacidad de adaptarse a las actividades y comenzó a obedecer más cuando alguien la reta o le pone un límite, aceptando el límite y la autoridad. Por otra parte, se puede notar que todavía tiende a repetir conductas aprendidas anteriormente para desempeñarse en una determinada actividad.
- Disciplina: No se observan cambios importantes por mencionar. Según la madre, Luciana es una persona muy estimulada por la familia, en donde siempre se le enseñó a cumplir con las normas disciplinarias.
- Agresividad: Como se mencionó anteriormente en la misma variable en el dominio psicoafectivo, se puede notar en Luciana una disminución de comportamientos agresivos, más que todo verbales. Según la madre, Luciana nunca agredió físicamente a nadie (persona-animal), pero sí verbalmente, aunque “pocas veces”, con malas palabras y malas contestaciones, intentando herir al otro. En palabras del terapeuta de Equinoterapia, al principio, “pocas veces” Luciana le daba palmadas a los caballos de manera agresiva, pero sostiene que pudo deberse al miedo que estos animales le provocaban por no haber estado nunca en contacto con alguno. Una vez que se le explicaron las consecuencias que sus actitudes podían tener en los caballos, “nunca” más se la vio haciendo lo antes mencionado. Luciana se considera como “nunca” agresiva.



- Generalización de tareas aprendidas: En el ámbito familiar, la madre sostiene que pudo notar en Luciana que comportamientos que aprendió en Equinoterapia, como por ejemplo, no maltratar ni física ni verbalmente, se extendieron a sus comportamientos dentro de la casa. En el ámbito de la Equinoterapia, se consideró a Luciana “casi siempre” como una persona que puede generalizar comportamientos aprendidos. La paciente considera que “casi siempre” puede llevar aprendizajes de un ámbito a otro diferente, como por ejemplo lavarse las manos y dejar las cosas en su lugar tanto en su hogar como en el centro de Equinoterapia.

#### 4. Dominio social:

- Conductas de imitación: No se observan cambios en esta variable. “Casi siempre” Luciana tiende a imitar conductas de padres, familiares, amigos, terapeuta de Equinoterapia o voluntarios. También tiende a repetir frases que alguna persona que ella conoce diría en determinada situación. En el ámbito familiar, la madre nos cuenta que siempre que salen a comprar ropa, Luciana elige la misma ropa que elegiría su hermana mayor. También aprendió malas palabras que alguna vez escuchó a su padre decirle a alguien. En el ámbito de la terapia, cuando hay otro paciente montando, Luciana le da indicaciones como si fuera ella el terapeuta.
- Relación con otras personas: En esta variable se puede advertir, desde la mirada de la madre y del profesional, que disminuye la timidez y aumenta la amabilidad en Luciana en el momento de relacionarse con otras personas. Al principio, no se acercaba a quienes no conocía en el ámbito de la terapia. Actualmente, ya sintiéndose más cómoda en el ambiente, cada vez que llega un paciente nuevo o algún familiar del paciente que no le es conocido, inmediatamente se acerca, los saluda y se pone a conversar.
- Comprensión verbal: No se perciben evoluciones importantes en esta variable debidas a Equinoterapia. Luciana “casi siempre” entiende lo que otra persona intenta transmitirle, mientras esta se dirige a ella con lenguaje claro y no rebuscado.
- Autonomía: Se percibe que hay un avance por parte de Luciana en esta variable, después de 10 meses de transcurrido el tratamiento. La madre sostiene que ahora se siente mucho más confiada para dejar a Luciana desempeñar determinadas



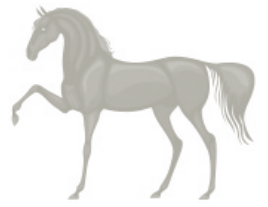
actividades que anteriormente requerían de su presencia, como elegir la ropa que va a usar u ordenar su cuarto. El ámbito en el que se puede notar este cambio es, sobre todo, el del orden, porque antes ordenaba su cuarto, pero guardaba cosas donde no iban o, en vez de doblar la ropa, la tiraba dentro del guardarropa. Ya no hace falta que la madre esté a su lado, explicándole dónde y cómo guardar las cosas. En el ámbito de la terapia, Luciana pasó de ser considerada como “pocas veces” autónoma, a “siempre” autónoma. Al principio, no se acercaba al caballo sola a acariciarlo; tenía que estar de la mano de la madre. Actualmente sube sola al caballo, monta sola, maneja las riendas y anda en trote y galope. También tiene autonomía para guardar los caballos en el establo y sacarles las riendas. Luciana sostiene que “a veces” puede hacer cosas sola en los ámbitos de aseo, orden y vestimenta.

#### 5. Conclusiones:

En Luciana, se ha podido percibir cambios en las tres variables: psicoafectiva, conductual y social.

En el dominio psicoafectivo, los cambios más importantes son: inteligencia emocional, efusividad afectiva, agresividad y ansiedad. El tratamiento de 10 meses de Equinoterapia ayudó a Luciana a percibir de manera más clara las necesidades del entorno y las propias. Se puede observar este avance cuando pide ayuda para sus tareas del colegio, lo que antes no solía hacer, o se acerca a la madre para preguntarle cómo está, cuando la ve preocupada. Comenzó también a controlar su respuesta frente a situaciones y a no actuar emocionándose en demasía, como por ejemplo, cuando tiene que estar en contacto con el animal intentando no alterarlo. En el ámbito de la terapia, esto le permitió crear un mejor vínculo con el caballo, lo cual se vio reflejado también en su relación con los miembros de su familia. El aprender a controlar sus impulsos y niveles de agresión y no estar tan ansiosa al momento de subirse o acercarse a los caballos, le permitió afianzar ese vínculo con los animales y lograr que estos le obedezcan al momento de montarlos.

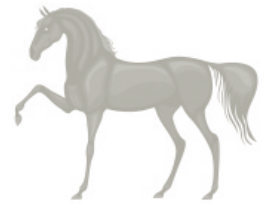
En el dominio conductual, se observó en Luciana la mayor cantidad de cambios en iniciativa, atención, constancia, hiperactividad, respuesta y reacción frente al ambiente y agresividad. La



Equinoterapia fortaleció en ella las capacidades antes mencionadas, lo cual puede observarse en sus actitudes en la casa y también en el ambiente de la terapia. Se evidencia también en una capacidad de atención más prolongada que la de antes, tanto en el ámbito familiar como en el de la terapia, y un aumento en la iniciativa a la hora de hacer las tareas del colegio o de avanzar sola hacia los caballos para prepararlos para la monta. Se podría inferir, además, que Luciana se resiste menos que antes a las normas y es más disciplinada y menos agresiva verbal o físicamente. También aprendió a controlar su hiperactividad, sobre todo, cuando está en frente de los caballos, ya que estos pueden asustarse y actuar de manera indebida.

Por último, en el dominio social, los cambios más importantes percibidos en Luciana están en relación con otras personas y con la autonomía. El vínculo establecido y reforzado con el caballo a través de los 10 meses de terapia le permitió comprender que ella puede hacerse respetar por el otro, en este caso el caballo, si aprende a controlar sus impulsos.

Además, se percibió que Luciana ya no es tan tímida, nerviosa o miedosa en las relaciones sociales, como lo era antes. También se observaron cambios favorables en su autonomía, lo que permitió a la madre dejarla actuar sola y tenerle más confianza en las actividades que lleva a cabo. Y en el ámbito de la terapia, ya no hace falta que alguien esté detrás de ella, controlando lo que hace y deja de hacer. Se podría decir que, en el predio, Luciana tiene autonomía absoluta.



## PROTOCOLO N° 4: DAVID

### 1. Datos sociodemográficos:

David tiene 9 años y vive con su madre y su abuelo materno. La madre tiene 44 años y es empleada doméstica. Está divorciada desde que él era un bebé de meses y se mudó a vivir con el padre por problemas económicos y, también, para que alguien la ayudara con la crianza del niño.

La relación que la madre mantiene con el padre de David se basa solamente en lo económico. La relación que David mantiene con su padre es de fin de semana de por medio; el padre lo busca o lo visita. La madre nos cuenta que David idolatra al padre y copia muchas de sus conductas o frases.

La relación de David con el abuelo se basa mucho en el cuidado, afecto y cariño por parte del anciano, aunque es una de las personas con las que más se enfrenta, en el sentido de hacerlo objeto de sus caprichos y maltrato verbal o físico.

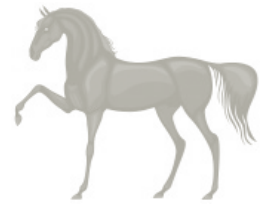
David asiste a la escuela Montessori (escuela especial) en la cual cursa el 3er grado y comparte aula con niños con capacidades iguales y diferentes a la suya.

Los tratamientos que realizó con anterioridad fueron: estimulación temprana, desde los 4 meses, y asistencia durante dos años (desde los 5 a los 7 años) a una psicopedagoga, psicomotricista y fonoaudióloga.

Asiste al tratamiento de Equinoterapia desde hace 3 meses y no realiza ningún tratamiento conjuntamente con éste.

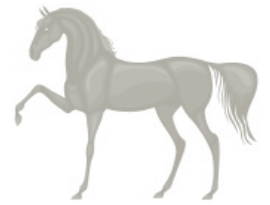
### 2. Dominio psicoafectivo:

- **Inteligencia emocional:** No se pueden percibir cambios en esta variable, aunque sí una leve mejoría desde la mirada del profesional, quien sostiene que, al comienzo de la terapia David no respondía adecuadamente a lo que se le pedía. Además, no aceptaba las consignas que recibía de él mismo o de los voluntarios. Es considerado como un niño que se emociona en demasía, cuando se lo estimula con una actividad u objeto nuevo, y “casi siempre” responde de manera adecuada al contexto en el



que se encuentra. El paciente considera que “casi siempre” responde adecuadamente cuando recibe una indicación.

- Efusividad afectiva: Se puede percibir un leve avance en lo que respecta a los cambios emocionales bruscos que David experimentaba antes de comenzar la terapia. Solo unos pocos meses después de iniciada, la madre sostiene que allí en el predio descarga energías, lo que lo mantiene más tranquilo en su casa. Se lo nota menos acelerado. Un ejemplo de esto se evidencia en que David ya no desacomoda tanto su cuarto. En el ámbito de Equinoterapia, es muy poco el avance que se ha podido observar, dado el poco tiempo transcurrido. David opina que él “a veces” se enoja fácilmente o pasa de estar riéndose a largarse a llorar.
- Tolerancia a la frustración: Se puede advertir que David creció en esta variable. En palabras de la madre, siempre fue un chico que se enfrenta a todos los retos. Por ejemplo, la primera vez que vino a Equinoterapia, se subió sin miedo al caballo (nunca antes había montado uno). Ella sostiene que, cuando no se lo deja hacer lo que quiere, se enoja, cosa que antes pasaba “siempre” y ahora “casi siempre”. En forma similar, el paso del “siempre” al “casi siempre” se muestra cuando David no logra resolver eficazmente una tarea, a la que prontamente abandona. En el ámbito de Equinoterapia, el profesional opina igual que la madre. Un ejemplo de esto puede señalarse en el momento en que David comienza a preguntar e interesarse sobre las posturas que hay que tener arriba del caballo y sobre cómo manejar las riendas, a pesar de ya haber tenido intentos fallidos.
- Lenguaje expresivo: Se puede percibir un cambio en esta variable. Desde la mirada del profesional, al principio, cuando se le preguntaba a David acerca de su estado de ánimo, “a veces” brindaba información sobre esto. Actualmente lo hace “casi siempre”; aprendió a ampliar la información, aparentemente debido a que pudo incorporar las típicas preguntas que antes se le hacían. El rango de personas con las cuales se comunicaba se amplió. Antes se reducía solo al profesional y ahora también incluye a los voluntarios. Desde la mirada de la madre se reconoce el mismo cambio. En el ámbito familiar, si bien no se amplió el rango, sí la información sobre sus estados de ánimo. En palabras del paciente, él “casi siempre” informa sobre sus estados de ánimo y generalmente lo hace con sus padres, amigos y con el terapeuta de Equinoterapia.

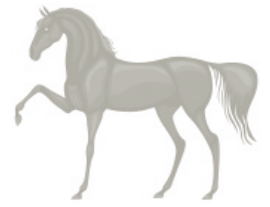


- Agresividad: En esta variable no se registran cambios. Según la madre, David tiene reacciones físicas violentas en los momentos en que no puede hacer lo que quiere. También cuenta que frecuentemente dice malas palabras y que la única persona ante quien no las usa es Ricardo (el profesional). Éste opina igual que la madre y sostiene que David se agita sobre el caballo y le da fuertes palmadas en el lomo cuando no lo dejan hacer lo que él quiere. David se considera “pocas veces” agresivo.
- Ansiedad: Se registra un cambio en esta variable, tanto desde la mirada de la madre como desde la del profesional. La madre comenta que siempre que David llega a un lugar nuevo o en donde no se siente cómodo, comienza a agitarse, quiere irse rápido y ella termina cumpliendo con lo que el niño quiere, porque se torna insoportable. Actualmente, la madre puede notar un cambio en el niño. Por ejemplo, cuando lo lleva al colegio, él ya no está tan agitado y no hace tan seguido los escándalos que antes hacía para no permanecer en el lugar. En el ámbito de la terapia, también se advirtió este cambio. En palabras del profesional, David puede permanecer siguiendo indicaciones arriba del caballo más tiempo que al principio. Al comienzo de la terapia tenía actitudes que denotaban estas conductas de ansiedad, como querer retirarse del lugar o caminar de un lado a otro sin sentido alguno. Y actualmente, estas conductas no son tan visibles como al comienzo de la terapia. Se lo puede percibir más relajado, y logra enfocarse más en las actividades. El paciente sostiene que “pocas veces” se pone nervioso, un ejemplo es cuando va al fonoaudiólogo.

### 3. Dominio conductual:

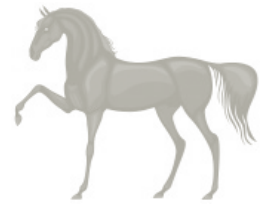
- Iniciativa: No se observan cambios en esta variable. David es considerado, tanto por la madre como por el terapeuta de Equinoterapia, como un chico que “casi siempre” toma iniciativa ante una propuesta nueva. Él mismo se considera de la misma manera.
- Atención: Se puede notar en David un cambio en esta variable. En palabras de la madre, está más atento en el momento de recibir una indicación o una orden. No siempre se desempeña correctamente con las indicaciones que recibe o, a veces, ni



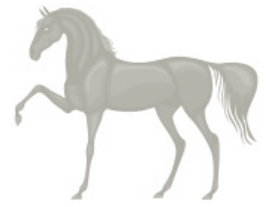


siquiera las desempeña porque no tiene ganas. Pero el cambio se observa en el momento de recibirlas. En palabras del profesional, al comienzo David no prestaba atención cuando alguien se dirigía a él de manera formal, pero sí cuando se le hablaba en forma de chiste. Saber esto, permitió al terapeuta de Equinoterapia conocer la forma de trato a la que David respondía con más frecuencia y así también generar confianza con el niño. El terapeuta de Equinoterapia sostiene que ahora está más predispuesto que al comienzo de la terapia a escuchar cuando uno le habla y puede mantener la atención por periodos más prolongados. El paciente considera que “a veces” presta atención cuando alguien le habla. Durante la administración de la entrevista se pudo observar que el paciente “pocas veces” puede prestar atención por periodos prolongados.

- Constancia: No se observan cambios en esta variable desde la mirada de la madre, ni la del profesional. David es una persona a quien le cuesta sostener o realizar de manera prolongada una misma tarea. Por otro lado, el paciente se considera a él mismo como “pocas veces” constante en la realización de algunas actividades.
- Hiperactividad: Se registraron cambios en esta variable. La madre sostiene que David es una persona que está constantemente haciendo algo y cambiando de actividad. Comenta que, en su casa, actualmente David está mucho más tranquilo. Otro tanto le dijeron en el colegio, en donde lo perciben más concentrado en las actividades que se le proponen. El terapeuta de Equinoterapia también señala este cambio en David en comparación con las primeras veces que venía al Centro, aunque lo considera más hiperactivo de lo que relata la madre. David se considera a sí mismo como “casi siempre” hiperactivo.
- Resistencia al cambio: No se registran cambios en esta variable desde la mirada de la madre. Ella sostiene que David “a veces” se resiste ante alguna actividad nueva, haciendo berrinches. Si la nueva actividad tiene que ver con el colegio, es rechazada por el niño; si tiene que ver con actividades de dispersión, presenta berrinches, pero la lleva a cabo. Desde el punto de vista del terapeuta de Equinoterapia, se percibe un cambio en David: al principio, el niño presentaba “a veces” berrinches ante una nueva actividad y hoy, lo hace “pocas veces”. David opina que “a veces” no acepta hacer una actividad diferente cuando alguien se lo indica.



- Respuesta y reacción frente al ambiente: Un cambio que se puede observar desde la mirada del profesional es que David ya no se desinteresa tan rápidamente en las actividades que desempeña en Equinoterapia. Desde la mirada de la madre, se puede percibir un cambio en el niño cuando se lo reta o se le pone un límite. En estos tres meses de terapia transcurridos, ha comenzado a responder mejor al enfrentar estas situaciones. Antes no respondía adecuadamente ni al reto ni al límite; ahora se puede notar un cambio positivo, ya que David interioriza mejor que no siempre puede hacer lo que él quiere. Además, la madre expresa que ante el cambio de una tarea a otra o cambios en el contexto, David se adapta fácilmente, presenta entusiasmo para realizar la tarea y tiende a repetir conductas aprendidas anteriormente, aunque no tanto como antes. Por ejemplo: su padre le enseñó a lavarse las manos después de tocar un animal y David recurrentemente quería hacerlo en Equinoterapia una vez que terminaba de acariciar o darle de comer a un caballo. De a poco, está rompiendo con esta conducta repetitiva que perjudica al niño y al tratamiento.
- Disciplina: Se pueden percibir cambios desde la mirada de la madre, no así desde la del profesional. La madre sostiene que David es una persona que no tiene límites en el sentido que esta variable implica. Ella comenta que “pocas veces” cumple con las normas disciplinarias, pero que, desde que realiza el tratamiento de Equinoterapia, está un poco más educado cuando se presenta en sociedad. Sostiene, además, que en el ámbito del hogar no puede percibir cambios en David, pero sí en los momentos en que lo lleva a alguna parte y tiene que saludar a otros o decir gracias o por favor. Desde la mirada del terapeuta de Equinoterapia, no se perciben cambios. El paciente opina que “siempre” cumple con las reglas/normas.
- Agresividad: Como se mencionó en el dominio anterior, en esta misma variable, no se registra ningún cambio.
- Generalización de tareas aprendidas: Se puede observar una discrepancia entre lo que opina la madre y lo que opina el terapeuta de Equinoterapia. Ella sostiene que David, “siempre” que aprende algo, puede usarlo en otros contextos. Como ejemplo cuenta que aprendió en Equinoterapia a prestar atención cuando alguien le está hablando, y pudo generalizar esto al ámbito familiar y escolar. Por su parte, el terapeuta de Equinoterapia manifiesta que “a veces” David puede generalizar tareas



ya aprendidas. Un ejemplo observado por él en el ámbito de la terapia se da cuando David va a subir a un caballo: siempre pregunta en específico por el animal y por qué lado (derecho o izquierdo) hay que subirse, sin lograr generalizar que, en todos los caballos, se monta por el mismo lado. El paciente opina que “casi siempre” puede usar conocimientos aprendidos en otros ámbitos.

#### 4. Dominio social:

- Conductas de imitación: La madre comenta que David “siempre” copia conductas o gestos, sobre todo de otros niños porque éstos le llaman la atención. Puede poner en palabras estas conductas imitativas y sabe qué copia y de quién. Actualmente, la madre puede notar una disminución de conductas imitativas que van del “siempre” al “casi siempre”. A su vez, el terapeuta de Equinoterapia no percibe cambio alguno en David; sigue notando estas conductas de imitación en el niño, ya sea de frases o gestos de otros chicos que asisten a terapia.
- Relación con otras personas: En esta variable se pueden observar dos cambios diferentes, según que la observación proceda de la madre o del terapeuta. La madre manifiesta que David, cuando se relacionaba con otras personas, tendía a utilizar las conductas de “buen humor”, “amabilidad”, “tozudez”, “timidez” y “conversa con otras personas”. Actualmente, ya no se comporta tan tímido ante los demás como antes. Lo ve mucho más desenvuelto en el momento de relacionarse. El profesional opina que David nunca se comportó como un chico tímido, por lo menos en el ámbito en el cual él lo conoce. El terapeuta de Equinoterapia considera que las conductas más frecuentes en David para relacionarse con otras personas son “buen humor”, “amabilidad”, “tozudez” y “conversa con otras personas”. A la fecha, el profesional sostiene que David ya no se comporta tan tozudo como antes porque está logrando entender que no siempre puede hacer lo que él quiere.
- Comprensión verbal: No se registran cambios en esta variable. La madre comenta: “David entiende siempre perfectamente lo que uno le dice, pero se hace el tonto y no tiene límites. Siempre quiere hacer lo que él tiene ganas”.



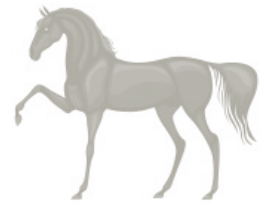
- Autonomía: No se presentaron cambios desde la percepción de la madre. En el ámbito familiar, ella cuenta que David tiene autonomía en algunas cosas, como ser aseo, orden, y vestimenta y que esto no cambio como consecuencia del tratamiento de Equinoterapia. Pero hay algo en lo que si notó un cambio y es que David aprendió a cruzar la calle y, a veces, toma la bicicleta, se va hasta la esquina y vuelve. Desde la mirada del profesional, al principio David no tenía tanta autonomía para realizar actividades; luego se le fue permitiendo un poco más de autonomía, dependiendo de su propio proceso en el tratamiento. David sostiene que “siempre” tiene autonomía en los ámbitos de aseo, orden y vestimenta.

#### 5. Conclusiones:

Es muy poco el tiempo transcurrido en el tratamiento específico de este paciente, por lo cual no se puede hablar de cambios estables a través del tiempo. Sin embargo, se pueden reconocer algunos cambios en David en los tres dominios: psicoafectivo, conductual y social.

En el dominio psicoafectivo, los cambios más importantes observados fueron: efusividad afectiva, tolerancia a la frustración, lenguaje expresivo y ansiedad. Se puede afirmar que David adquirió varios conocimientos en Equinoterapia sobre cómo manejar sus emociones efusivas. Se observa que se encuentra más tranquilo con el transcurso del tratamiento, tanto en el ámbito familiar, como en el terapéutico. Se percibe, también, que ha empezado a reconocer que no siempre se puede hacer lo que él quiere y que, a veces, hay que realizar sacrificios para cumplir los deseos. Otro cambio importante es que David ha comenzado a ponerle palabras a las emociones o sentimientos que lo invaden, lo que le permite conocerse un poco más, tener confianza en sí mismo y anticiparse a algunas situaciones. Estos cambios repercutieron, además, en que disminuyó su ansiedad y comenzó a estar más tranquilo.

En el dominio conductual se percibieron cambios en las siguientes variables: atención, hiperactividad y respuesta y reacción frente al ambiente. David está logrando generar cambios en sí mismo a través de enseñanzas que adquiere en Equinoterapia. El estar arriba del caballo, obliga a David a mantenerse atento y tranquilo porque si no, puede caer y lastimarse, lo que pudo generalizar a otros ámbitos, por ejemplo: en el familiar y escolar. Además, se advierte en él una atención más prolongada. Disminuyó la hiperactividad, ya que en el predio, al montar un caballo,



hace ejercicios físicos y descarga energías. Hay también una mejor respuesta del niño al contexto, pues ya no se desinteresa tan rápidamente en las actividades que realiza. Está comenzando a aprender que una actividad se empieza y se termina para luego cambiar a otra actividad, lo que funciona como un incentivo para él.

En el dominio social, se pudieron registrar cambios importantes en las variables relación con otras personas y autonomía. Se puede decir que David mejoró la manera de relacionarse con otras personas, comenzando a dejar un poco de lado la timidez y la tozudez tan características de esta patología. Se observa también un avance en lo que es la autonomía del niño. La madre ha comenzado a tener más confianza en David en los ámbitos en los que él se desenvuelve autónomamente. En el ámbito de la terapia, la evolución de David va a llevar su tiempo, pero va progresando. Al comienzo de la terapia no realizaba autónomamente ninguna actividad y, actualmente, sin ayuda de nadie, les da de comer a los caballos y los cepilla luego de la monta.

La primera vez que David se acercó a un caballo fue en Equinoterapia. Lo hizo de la mano de la madre para acariciar su lomo y gritó de alegría y emoción cuando sintió el contacto con el pelo del animal. Después de estar un rato acariciándolo, el terapeuta de Equinoterapia le preguntó si quería montarlo, a lo que él respondió que sí, sin pensarlo. Generalmente, otros pacientes montaron por primera vez un caballo luego de algunas sesiones de Equinoterapia, en cambio David se animó a montarlo la primera vez. Esto habla de su capacidad para asumir desafíos, aunque al principio no lograba mantener la calma, hecho que podía deberse a la emoción que le producía el animal.

Algo que interesa destacar es la relación que estableció David con el terapeuta de Equinoterapia. La madre cuenta que el niño siempre trata mal o insulta a las personas que no conoce, cuando éstas le dan una indicación. En sus palabras, el terapeuta de Equinoterapia es la única persona a la que David nunca le faltó el respeto. Cada vez que llega al predio, pregunta por Ricardo (el terapeuta de Equinoterapia) y siempre se mantiene cerca de él o intenta llamar su atención de alguna manera. También es importante señalar que Ricardo encontró la manera de relacionarse con David para que éste responda mejor a las indicaciones y al tratamiento en general; descubrió que David responde mejor cuando se le habla en chiste, ya sea para darle una indicación, preguntarle cómo se siente o ponerle un límite. A la madre le sorprende la manera en que David responde al tratamiento gracias a la presencia y a las palabras del terapeuta de Equinoterapia.

En tan solo tres meses, se ha podido percibir una multiplicidad de cambios en David en los ámbitos familiar, escolar y terapéutico. Sería de utilidad volver a hacer un chequeo del caso para comprobar si estos cambios se mantuvieron o no a través del tiempo.



## CONCLUSION GENERAL

Hay varios patrones a tener en cuenta a la hora de redactar las conclusiones, ya que estos pueden influir en los resultados de la investigación. Entre los más importantes cabe destacar que la población de la presente Tesis Final de Grado (TFG) es pequeña y los resultados no son generalizables a otra población; se encuentra compuesta por cuatro pacientes con Síndrome de Down, que son la población total del centro de Equinoterapia “Córdoba Deportes” de pacientes afectados con esta patología. Por lo tanto, los resultados solo serán aplicables a esta población en particular y podrán servir como base para futuros estudios con poblaciones mayores.

Un dato de interés para tener en cuenta en las siguientes conclusiones es que el Centro de Equinoterapia “Córdoba Deportes” es gratuito, lo que implica que las personas que asisten al centro son, en su mayoría, personas de nivel bajo o medio bajo en cuanto a recursos económicos, pero con disimilitudes en la estructura socio familiar. De allí que se pueden observar, entre aquellos que asisten, distintos tipos de crianza, de estructuras familiares y de cantidad y calidad de tratamientos realizados.

El centro de Equinoterapia es muy nuevo, todavía no cumplió los 2 años de inaugurado; depende del Estado en lo que respecta a sus requerimientos tanto espaciales, como de mantenimiento y asignación de profesionales.

Sobre los pacientes se podría hacer una observación significativa, en tanto las edades de ellos varían y pueden afectar las conclusiones del TFG. Las edades de los pacientes con SD que asisten a Equinoterapia en el centro de “Córdoba Deportes” van desde los 9 hasta los 29 años, por lo cual se encontrarían en procesos evolutivos muy diferentes, más aún si tenemos en cuenta, la adquisición de pautas o conductas que dependen del crecimiento individual, como ser comportamientos socialmente aceptables, buen lenguaje, escritura, lectura, etc.

Asimismo, el compromiso de la sintomatología de los pacientes es variado, aunque lo más evidente es la hipotonía muscular, la menor capacidad cognitiva y su estado sensorial y psicológico. Además, cada paciente es distinto, por lo tanto el terapeuta de Equinoterapia es quien evalúa sus capacidades motoras, de aprendizaje, reacciones sensoriales y estados de ánimo para adaptar el tratamiento a cada caso en particular, lo que influirá totalmente en la evolución del “caso por caso” a tener en cuenta en las conclusiones.

Para finalizar, se debería tener en cuenta que las preguntas del cuestionario a los pacientes solo recabaron información sobre las percepciones que ellos tienen de sí mismos en la actualidad y



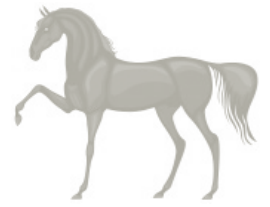
no se hizo una comparación con el pasado para facilitar un dinamismo en la administración del cuestionario y que no fuera tan tedioso para ellos.

La principal dificultad que surgió en la administración de los cuestionarios a los pacientes con SD fue que estos se ponían ansiosos durante la administración de los mismos, lo que pudo interferir en la investigación. A raíz de la ansiedad que ocasiona estar sometidos a una situación nueva, pueden haber respondido erróneamente a algunas preguntas, ya sea debido a la tensión que genera en las personas un hecho ajeno a su cotidianeidad o a la confusión experimentada por la falta de claridad en algunas preguntas. Otro elemento a tener en cuenta, y que también pudo haber influido en los resultados del TFG, responde a la hipótesis de que los pacientes vivenciaron los cuestionarios como un examen o acto evaluativo escolar, respondiendo escuetamente y como queriendo salir de forma rápida de la situación. Esta conjetura se sostiene en la propia expresión de tres pacientes, quienes preguntaron qué nota se habían sacado y si habían respondido correctamente a las preguntas. Esto podría modificarse en un futuro a través de una actitud de mayor acercamiento y de una mayor frecuencia de interacción entre la persona que realiza la investigación y el paciente. Si bien lo ideal es adoptar un modo abierto, tranquilo y de contención a la hora de hablar con el paciente, más que sólo una actitud cordial, la interacción sostenida desde un nivel de empatía diferenciada, sin rigidizar las preguntas, daría lugar, conjeturalmente, a una conversación con mayores niveles de riqueza y fluidez.

Al iniciar con las conclusiones propiamente dichas, es necesario retomar el tema/problema inicial propuestos para el TFG, el cual se proponía indagar sobre la posible existencia de cambios psicológicos percibidos durante el tratamiento de Equinoterapia, en pacientes con Síndrome de Down que asisten y reciben este tratamiento en el Centro “Córdoba Deportes”.

Como se podrá ver a continuación, y a partir del análisis de cada dominio y variable en particular, se puede arribar a la conclusión de que sí existen cambios psicológicos durante el tratamiento de Equinoterapia en pacientes con SD. La presencia de estos cambios se puede observar en todos los casos, desde aquel que registra un tratamiento de Equinoterapia de sólo tres meses, hasta el otro sostenido durante un año y medio.

La recolección de los datos permitió trabajar la información para cumplir con el objetivo general. Se logró explorar, a partir de los cuestionarios sobre las percepciones de los pacientes, de sus padres y del profesional de Equinoterapia, los cambios psicológicos producidos por el tratamiento. A los efectos de una mejor comprensión de sentido, las modificaciones psicológicas serán desarrolladas dentro de cada dominio con su respectiva variable.



Como se advierte a partir de los objetivos específicos, los dominios seleccionados para realizar la investigación en los pacientes con SD fueron los psicoafectivos, conductuales y sociales. Dentro de cada dominio se midió una serie de variables que se tuvieron en cuenta para las conclusiones. A continuación se desarrollan las variables en las que se observaron cambios en los pacientes, tomándolos como conjunto y no con un punto de vista individual.

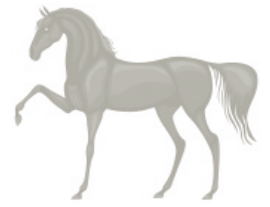
Dentro del dominio psicoafectivo, se detectó que en dos casos hubo incremento de la inteligencia emocional, ya que mediante el vínculo con el caballo se observó una mejor capacidad de generar nuevos lazos afectivos. Los dos casos en los que se presentó este cambio fueron los de Jerónimo y Luciana, que son los dos pacientes que más tiempo llevan realizando el tratamiento de Equinoterapia. En ambos se registraron ciertas similitudes: los dos tienen hermanos que se ocupan de ellos, los cuidan y los protegen, y constituyen para ellos un ejemplo a seguir. La transformación se pudo percibir, tanto en el ambiente familiar, como terapéutico y laboral, en el caso de Jerónimo, mientras que en el caso de Luciana, se dio en el nivel académico. Para ejemplificar esta modificación se puede destacar el hecho de que ambos pacientes comienzan a controlar su respuesta frente a un acontecimiento no habitual, como lo es montar a caballo.

Un cambio notoriamente importante es que ambos adoptan una actitud atenta y de comprensión; por ejemplo, se acercan a preguntar cuando ven a una persona triste, preocupada o contenta, para poder brindar ayuda, tanto en el ambiente terapéutico como en el familiar, comportamiento que antes no presentaban.

Por otro lado, en tres de los entrevistados se pudo detectar que la efusividad afectiva había disminuido a partir del tratamiento con caballos. En Jerónimo, Luciana y David se destaca una disminución de las reacciones desorganizadas o inadecuadas y un aprendizaje en el tipo de respuestas ajustadas y adaptadas a determinadas situaciones, sean de índole familiar, laboral y/o académica. Particularmente, esto se puede observar en el momento en que los pacientes montan a caballo o se acercan a acariciarlos o darles de comer. Se los observa menos exaltados que al principio del tratamiento.

Otra de las variables en las que se percibieron cambios en dos de los pacientes es en la de tolerancia a la frustración. Este cambio se evidenció tanto en las conductas de Sofía como de David. Para entenderse con el caballo, el paciente debe buscar soluciones efectivas para que el animal le haga caso. Por más de que en sus edades haya mucha diferencia (Sofía es la más grande con 29 años y David es el más chico con 9 años) y que se encuentren en procesos evolutivos totalmente diferentes, ellos fueron los dos pacientes en los que más se percibió la perseverancia en el momento





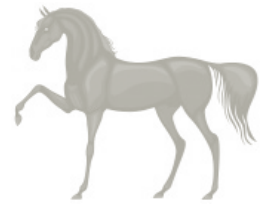
de tomar desafíos o decisiones. También se pudo notar en cada uno de ellos la necesidad de autonomizarse y alejarse de la familia. En Sofía, esto se ve claramente en el momento en que decide irse a dormir a un cuarto fuera de la casa, en donde tiene más libertad. Y en David, se lo pudo notar en el predio; desde el primer momento intentó separarse de su madre, buscando el apoyo del terapeuta de Equinoterapia. Ambos, en la monta, se vieron enfrentados a situaciones desafiantes que tuvieron que superar solos como, por ejemplo, aprender cómo manejar las riendas y lograr que el caballo responda a su mando.

Además, se observó un cambio en la variable de lenguaje expresivo en tres casos. Esta variable se vio afectada en Jerónimo, Sofía y David. Se puede sostener que el caballo es capaz de relacionarse con las personas, pues reacciona tanto al cariño como al maltrato. Para el paciente esto es una invitación a participar de actividades en conjunto, lo que aumenta su motivación. A partir de ello, el paciente aprende a reconocer y comunicar sus propios sentimientos.

Una comparación que se podría hacer de estos tres pacientes es que mantienen una mejor relación y comunicación lingüística y expresiva con el padre que con la madre. En el caso de Jerónimo, es el padre con quien él comparte la mayor parte del tiempo, a quien le cuenta todo con detalles y de quien más le cuesta separarse. En Sofía, esto lo podemos ver en la rivalidad que tiene con su madre y la búsqueda de la protección del padre en todo momento, aunque su relación con la madre mejoró en este último tiempo. Y en David se puede notar como enfrenta a la madre todo el tiempo, no le hace caso y, aunque no pasa mucho tiempo con su padre, lo idolatra, le copia conductas y frases. Se destaca que en los pacientes se pudo notar un crecimiento en esta variable a consecuencia de comenzar a poner más en palabras sus sentimientos, lo que les permitió sustituir el acto por el habla.

La última variable perteneciente al dominio psicoafectivo en la que se observó cambio en dos pacientes fue en la ansiedad. Los casos en los que se pudo notar este cambio fueron Luciana y David. En los pacientes con SD se puede sostener que la Equinoterapia les ayudó a minimizar los estados de ansiedad. Estos se expresan en inseguridades psíquicas que se reflejan en las posturas y conductas corporales. La Equinoterapia, a través de la monta, lentamente le permite al paciente superar el miedo y la ansiedad, propiciándole la oportunidad de participar activamente en su vida, de modo tal que pueda construir e integrar un objeto interno sólido y, en consecuencia, se autorice asimismo a formular metas de vida y ponerlas en práctica.

Ambos pacientes pasan momentos en el ámbito familiar en los que están sin la mirada paterna/materna. En el caso de Luciana, porque su madre realiza guardias de 24 horas dos veces por

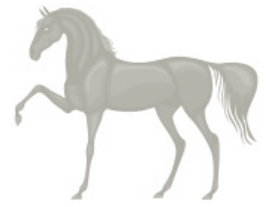


semana y ella queda al cuidado de los hermanos, que son quienes la cuidan y acompañan en esos momentos. Y en el caso de David, porque su madre es empleada doméstica y trabaja de lunes a viernes y vuelve a su casa a la noche, mientras el niño se queda con su abuelo, que es quien lo cuida. En estos dos pacientes se observó una disminución de la ansiedad que podría ser debida al tratamiento de Equinoterapia. Al cambio psicológico se lo puede ejemplificar en las palabras de la madre de David cuando comenta que ya no lo ve tan agitado, ni hace tantos escándalos cuando lo lleva al colegio, cuando antes se ponía nervioso y no quería permanecer en ese lugar.

Dentro del dominio conductual, se pudo apreciar un incremento en la variable de iniciativa en dos pacientes. En Jerónimo y Luciana se pudo observar el cambio en esta variable. Se puede afirmar que el paciente se motiva por el solo hecho de estar sobre un caballo y moverse con él. Este estado de ánimo positivo y alegre estimula al paciente a estar atento a sus tareas y, generalmente, dirige todo su esfuerzo a lograr un buen resultado. La naturaleza del caballo y su forma de responder a las exigencias del jinete obligan al paciente a buscar maneras de solucionar conflictos. Jerónimo y Luciana son los que más tiempo llevan realizando el tratamiento de Equinoterapia y el cambio se notó en el hecho de que pudieron tomar la iniciativa de subirse a un caballo por decisión propia; actualmente se lo percibe en otros ámbitos, por ejemplo, para comenzar una charla, decidir que ropa ponerse, llegar al predio y buscar autónomamente los instrumentos para la monta.

Por otra parte, se observó en tres pacientes un cambio en la variable de atención. Concentrarse en las actividades con el caballo los ayudó a enfocarse en el momento presente. Los pacientes en los que se notó este cambio fueron Luciana, Sofía y David. Todos los estímulos que el paciente recibe durante la monta enriquecen su vida y la hacen más satisfactoria. La dispersión que estos pacientes presentaban al comienzo de la terapia fue atenuándose y modificándose progresivamente, hecho este que resultó de importancia y significación, en tanto se considera necesario que el paciente esté atento arriba del caballo.

Se detectó, también, un incremento en la variable de constancia en dos casos. El cambio en esta variable se descubrió tanto en Sofía como en Luciana. Se podría decir que las sesiones de Equinoterapia son percibidas por los pacientes como una actividad distinta y no se la registra como un tratamiento convencional. Desde esta perspectiva terapéutica, se aprende a obedecer, pues la natural rebeldía de este tipo de pacientes con problemas conductuales hacia la autoridad, se vence a través del aprendizaje indirecto de las respuestas del caballo frente a su trato. Para entenderse con el caballo, el paciente es forzado a buscar compromisos entre su voluntad y la del animal. Esta



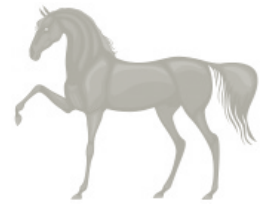
interacción entre la señal y la respuesta la aplica posteriormente en su vida. La similitud encontrada entre las dos pacientes, además del sexo, es que para ambas el tratamiento de Equinoterapia les brindó la experiencia de montar por primera vez un caballo. Se patentizó que el cambio en esta variable fue debido al gusto propio de cada una hacia el caballo y la monta, lo que implicó aprender a ser más constantes a la hora de manejar un caballo y tener en cuenta posturas e instrumentos necesarios, como así también conocimientos acerca del temperamento del animal.

En tres casos se pudo percibir el cambio en la variable de hiperactividad. Tal modificación fue detectada en Sofía, Luciana y David, quienes son los que menos tiempo llevan en la institución. El estar sentado sobre el caballo y entregarse a su vaivén produce en el paciente un efecto tranquilizador. Es importante que el terapeuta de Equinoterapia fomente esta tranquilidad y canalice las actividades de tal manera que el paciente logre un equilibrio en su comportamiento. Este alivio y equilibrio emocional se mantiene durante varios días. Los padres de estos pacientes hicieron hincapié en que esta variable fue una en las que más se manifestó un avance importante. Por ejemplo, a David se lo percibe mucho más tranquilo en el ámbito del hogar y en el académico. Su madre recibió información del colegio al que asiste el niño, en la que destacan la mayor atención y concentración en sus actividades académicas.

Además, se logró un avance en todos los casos en la variable de respuesta y reacción frente al ambiente. El caballo está entrenado para responder a ciertas órdenes, que si no recibe de manera adecuada no entiende y en consecuencia, no va a obedecer. Al paciente no le será posible ignorarlo porque no va a tener el resultado deseado y entonces se adaptará y buscará un compromiso. Se pudo observar un incremento de la respuesta y reacción al ambiente en los pacientes al momento de tener que obedecer una orden, o en el momento en que ellos mismo tienen que darle una orden al caballo, lo que implica que tienen que estar conectados con las necesidades del ambiente en el que se están moviendo.

Por último, se hace referencia al dominio social. Se podría considerar a este dominio como el más importante debido a los cambios observados en él y a que incluyen a la población total de la investigación. Además, teniendo en cuenta las características propias de las personas con SD, se puede suponer que no les es difícil generar cambios en el ámbito social en sus vidas, se adaptan fácilmente y se comprometen consigo mismos.

En la variable referente a la relación con otras personas se pudo observar que la Equinoterapia mejoró la relación del paciente con otras personas, ya sea con una experiencia de un año y medio de tratamiento, hasta con una experiencia de tres meses. Como la conducta social del



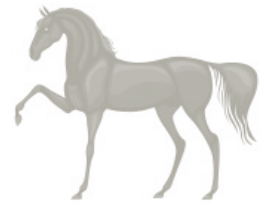
caballo es similar a la del ser humano, el paciente aprende a entenderse con él y tiende a aplicar lo aprendido en su medio, como la familia, el colegio o el trabajo. Es importante destacar el avance en la población total del TFG, lo cual hace suponer que se va a mantener en el tiempo. Pero para probar este supuesto, se debería hacer otro tipo de investigación que permitiera justificar y comprobar la perdurabilidad de dicha conducta. En todos los pacientes se puede notar, también, que se amplió el número de personas con las que se relacionaban antes de comenzar el tratamiento.

Finalmente, se pudo advertir un avance en la variable de autonomía en todos los casos. Esta variable demostró ser muy importante en la investigación, pues el cambio pudo observarse en todos los pacientes. Asear al caballo, ponerle las riendas y aperos, darle de comer o llevarlo a pasear a pie, son actividades nunca antes experimentadas por estos pacientes. Ser capaces de aprenderlas y realizarlas satisfactoriamente, los llena de orgullo y les da la sensación de sentirse útiles. Con el paso del tiempo, comienzan a realizarlas autónomamente.

Es necesario, para el avance del paciente, ir teniendo más autonomía en el ámbito de la terapia, lo que genera, además, confianza en sí mismo e iniciativa. Se observó en todos los pacientes que pudieron generalizar estas conductas de autonomía a otros ámbitos de sus vidas, por lo cual se podría suponer que, con el avance en el tratamiento, se podrá mantener en el tiempo.

Es importante rescatar que si bien se detectaron cambios en algunos dominios significativos, en la observación que se hizo de los pacientes hubiera sido de importancia tener en cuenta otras variables para ampliar la información, como ser el tipo de trisomía presente en cada paciente, el coeficiente intelectual (que aunque no se considera indicador válido de la adaptación o el desempeño de la persona al medio, algunas investigaciones lo utilizan para brindar parámetros sobre el retraso mental), las estructuras familiares, los tipos de vínculos y relaciones entre ellos. Sin embargo, esto excedía el objetivo del presente trabajo, por lo que quedan como interrogantes para futuros trabajos sobre la temática.

La decisión de realizar esta investigación se despertó por una inquietud sobre las zooterapias y la psicología. Así, a partir del particular interés por una estrategia terapéutica no convencional, pude contactarme con el Centro de Equinoterapia “Córdoba Deportes” y comenzar a prestar mi ayuda como voluntaria/auxiliar de la terapia. Hace un año y medio que concurro al Centro una vez a la semana para ayudar en lo que haga falta: bañar a los caballos, darles de comer, ponerles/sacarles las riendas y las monturas, ayudar a los pacientes a subir/bajar de los caballos y acompañarlos en la monta. Como se mencionó anteriormente en el TFG, no solo concurren pacientes con SD, sino también, con diversas patologías motoras, cognitivas y psicológicas.



A través de mi experiencia transcurrida en el centro de Equinoterapia, pude constatar las evoluciones de los pacientes en general. Centrándome en aquellos de interés para el TFG, puedo sostener con cierto nivel de certeza que se produjeron cambios a nivel psicológico. El avance de cada uno de ellos en el ámbito de la terapia fue notorio.

La adaptación al caballo de la persona con SD es parecida a la de otros pacientes. Frecuentemente, se pudo observar, que a los sujetos portadores de este Síndrome no les agrada tocar el caballo con sus manos para hacerle cariño, rechazando el tacto y sintiendo la necesidad de limpiarse las manos posteriormente. Normalmente, estos pacientes no tienen dificultad para adaptarse al caballo una vez montados, pero con frecuencia les toma tiempo tomar la decisión de subirse. El primer acercamiento a los caballos hacía que los pacientes se sintieran invadidos de emoción y en esos momentos se desorganizaran; por ejemplo, Jerónimo se asustó ante el primer contacto con el animal. No obstante, y desde la primera sesión, se comenzó a ver un avance en los pacientes, que se hizo evidente cuando ellos mismos decidieron acercarse a acariciar al animal y, en el caso de David, animarse a montarlo. La evolución en el tratamiento depende de cada caso en particular; algunos van más lento, como por ejemplo Sofía, que fue a la que más sesiones le tomó animarse a montar al animal; otros van más rápido, como, por ejemplo, en el caso de David que logro montar en el primer contacto.

Algo muy notorio en estos pacientes, además de la emoción que los invade al presentarse frente al animal, es que establecen un vínculo muy rápido con él. Aprenden el significado de los movimientos y los gestos del caballo, así como también el lenguaje equino para referirse a la fisonomía del caballo y de los instrumentos a utilizar en la monta.

Es fundamental tratar a estos pacientes de tal forma que siempre se sientan queridos y respetados. Como personas, en muchos casos, posteriormente se integran a la vida laboral. Lo importante es que se acostumbren a recibir un trato respetuoso. Muchas veces se les trata con cariño, pero que no es el adecuado, como sucede cuando se adopta hacia ellos una actitud compasiva o de infantilización; esta situación es relevante y debe ser tenida en cuenta pues también deben aprender a tolerar la aprobación y desaprobación de su comportamiento como adultos.

La Equinoterapia es, en este sentido, una instancia de relevancia para recibir un trato no solo cariñoso, sino también acorde a la edad y dignidad personal de los pacientes. Esto les permitirá en el futuro enfrentar con personalidad y autoestima los desafíos que les deparará la vida.

En general, estos pacientes son afectuosos y reciben con avidez el cariño entregado por los tratantes, lo que facilita el trabajo durante las sesiones. Es habitual también que sean inestables



emocionalmente y que insistan en que se acepte su voluntad, lo que puede dificultar en algo las actividades. El tratante debe estar atento a estas señales y ser capaz de intervenir usando un criterio psicológico adecuado para cada situación.

También es importante proceder de forma enérgica y al mismo tiempo empática con el paciente, de un modo calmado y cariñoso, para que no reaccione negativamente a las instrucciones. Él o ella deben tener presente que no puede manipular al tratante a su gusto y tener en claro que debe cumplir con ciertas tareas y responsabilidades que le son impuestas a lo largo de su tratamiento.

Después de algunas sesiones, se nota a los pacientes un poco menos exaltados. Cuando se enfrentan al animal toman una actitud de tranquilidad y decisión. En palabras de algunos padres, “nunca los habían observado actuando de esa manera en frente de nadie”. El animal, al ser tan grande y fuerte, invita al paciente a sentirse seguro en su lomo, pero también puede hacerle experimentar inseguridad, por lo que es el paciente quien tiene que buscar recursos y soluciones efectivas con el caballo e intentar dominarlo.

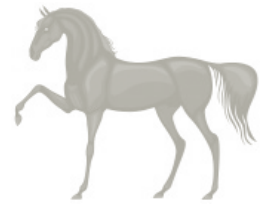
Al ser caballos muy mansos y, además, tener mucha experiencia con diversos pacientes, están acostumbrados a las emociones bruscas. Pero si el sujeto en tratamiento no aprende a dirigirlo, el caballo va a hacer lo que él quiera. Esto obliga al paciente a apaciguar su ansiedad, actuar de manera decisiva con el animal y ser directo en el trato, lo que luego podrá generalizar a otros contextos de su vida.

¿Qué siente el paciente cuando pierde el control, cuando no depende de él mismo, cuando tiene que confiar en otras fuerzas? A medida que él se haga más experto pasará a otra fase de confianza y se sentirá más competente; el paciente con SD, en una etapa más avanzada, se verá sólo y deberá aceptar la situación sin ayuda, para lo cual se requerirá no sólo de paciencia, sino, al mismo tiempo, de disciplina.

Las técnicas de Equinoterapia requieren tiempo, no se logran súbitamente y algunos animales necesitan también su propio tiempo.

A la persona con SD se la considera capaz para realizar determinadas actividades autónomamente. A través del tratamiento de Equinoterapia, se pudo observar que pudieron ir desenvolviéndose independientemente cada vez en más actividades dentro del ámbito de la terapia, lo que, según los padres, también repercutió en los ámbitos familiares y académicos/laborales.

Además, a partir de la experiencia vivenciada con los pacientes, pudo notarse en ellos un desarrollo en su aparato neuromotor, aumentando sus destrezas y logrando un mejor manejo del



cuerpo. Por lo tanto, la terapia, va mejorando su calidad de vida, sus vínculos familiares, la comunicación que establecen con otras personas y sus conductas.

En la relación con el caballo se reproducirá la relación que el paciente establezca comúnmente con los demás, las pautas de relación con lo que le rodea, con los compañeros, con sus familiares, etc. En este sentido, el caballo es un animal óptimo para poder ver el estilo del paciente. Abrirse a una nueva experiencia es paralelo a abrirse al proceso, un proceso donde es más sencillo encontrar oportunidades y motivos para valorar a los pacientes y detectar sus fortalezas, sus excepciones positivas, esas que raras veces muestran en otros contextos. El paciente con SD empezará a percibir de otra forma su cuerpo, las posturas de sentarse. Y no sólo el suyo, también el del animal que dirige. Llegará a controlar situaciones diversas desde una posición lúdica; pasará a percibir control del exterior, un control que podrá aumentar a través de la relación con el caballo y del aprendizaje de las técnicas. Un estilo de ser proactivo. Se lo tiene que ganar; ahí estarán en juego muchas de sus habilidades: su prudencia, su creatividad, su respeto, su madurez, su conocimiento de sí mismo.

La Equinoterapia es una actividad que tiene más que ver con la técnica que con la fuerza, más con lo emocional y con el vínculo afectivo que con lo intelectual o racional, que es lo más frecuentemente trabajado en las terapias actuales. En las últimas fases, las menos directivas, se les ayudará al paciente con SD a encontrar su estilo propio, su ritmo, su medida. Finalmente, podrá ser un factor de prevención el que continúen con la actividad. Se puede continuar con ella fácilmente en cualquier momento de la vida, ya que el rango de edad en que puede montarse a caballo es muy amplio. Una actividad semejante, puede disfrutarse toda la vida.

Para concluir, se puede afirmar que la relación con los caballos ha estimulado en los pacientes su capacidad de realizar determinadas conductas o actividades, su confianza y responsabilidad, y les ayudó a afianzar su personalidad y su integración social y comunitaria.



## BIBLIOGRAFÍA

- Astorga, B. M. G., Carranza, S. del V., Romero, M. V. (1998). *El papel del trabajo en la consolidación de la identidad en jóvenes con Síndrome de Down*. Trabajo final de la Licenciatura en Psicología. Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba, Facultad de Filosofía y Humanidades, Escuela de Psicología.
- Bender, R. (2011). *Hipoterapia*. Santiago, Chile: Ed. Mediterráneo.
- Burgos, N. (2008). *Intervención psicológica en la relación temprana padre-hijo con Síndrome de Down*. Asociación Nuevo Horizonte. Trabajo final de graduación. Córdoba: Universidad Empresarial Siglo 21.
- Candel Gil, I. (2002). *Atención temprana: niños con Síndrome de Down y otros problemas del desarrollo*. Federación Española del Síndrome de Down. Madrid: Ed. F.E.I.S.D. pp 89-92
- Cardo, M. & Brasesco, M. V. (s/f). *El niño y el caballo desde una perspectiva psicológica*. Trabajo de Integración Final, USAL.
- De García, S. & Asencio, J.G. (2008). *Las lenguas de señas ante el Derecho civil (Apuntamientos jurídico-civiles sobre la Ley 27/2007, de 23 de octubre -Ley LLSS-MACO-, y la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad -CIDPD-)*. Madrid: Revista General de Legislación y Jurisprudencia.
- Ernst, M. y De la Fuente, M. (2007). *Manual básico de hipoterapia: Terapia asistida con caballos*. Barcelona: Ed. La Liebre de Marzo.
- Falke, G. (2009). "Equinoterapia: enfoque clínico, psicológico y social". En *Revista Asociación Médica Argentina*, vol. 122, n° 2.
- Feixas, G. y Miró, M. T. (1993). *Aproximaciones a la Psicoterapia: una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Ed. Paidós.
- Flórez, J. (1999). "Patología cerebral y sus repercusiones cognitivas en el síndrome de Down". En *Revista Siglo Cero*, vol. 30, 3: 29-45.
- Flórez, J. (2003). "La neurobiología en el síndrome de Down". En *Revista Síndrome de Down* n° 20: pp. 132-142.
- García Salazar, A. (2004). *Proyecto de granja terapéutica*. El Club Rotario de Ramos Arizpe, A.C. con la colaboración del Club Caballístico de Saltillo, A.C.
- Gradin, T. & Johnson, C. (2006). *Interpretar a los animales*. Buenos Aires: Ed. del Nuevo Extremo.
- Gross, E. (2006). *Equinoterapia: la rehabilitación por medio del caballo*. Sevilla: Ed. Trillas.





- Gutiérrez, G., Granados, D. R. & Piar, N. (2007). "Interacciones humano-animal: características e implicaciones para el bienestar de los humanos". En *Revista Colombiana de Psicología*, n° 16, pp. 163-183.
- Hernández García, C. R. & Luján Muñoz, J. (2006). "Equinoterapia. Rehabilitación holística". En Revista on-line *Medigraphic: nuevos horizontes*. Vol. 5, N°1. Enero-Junio 2006, pp. 70-74.
- Izuzquiza Gasset, D. (2003). *Los valores en los jóvenes con discapacidad intelectual: Un estudio sobre los perfiles de socialización en una muestra de personas con síndrome de Down*. Tendencias Pedagógicas 8, pp. 109-120. Madrid, España.
- Mannoni, M. (1964- 2009). *El niño retardado y su madre*. Buenos Aires. Ed. Aguilar.
- Patterson B. (2004). "Problemas de conducta en las personas con síndrome de Down". En *Revista Síndrome de Down* 21, pp. 99-102. Cincinnati, U.S.A.
- Pérez del Río, F. & Rodríguez del Burgo, M. V. (s/f). *Proyecto de Hipoterapia: La eficacia de la terapia ecuestre con adolescentes que tienen problemas de drogas*. pp. 42-45.
- Rodulfo, M. (1986). *Trastornos Del Desarrollo Y Fantasma (Puntuaciones Acerca De La Intrincación Entre lo Orgánico y lo Fantasmático)*. Primeras Jornadas sobre Clínica de Niños, Monte Grande, Provincia de Buenos Aires, 9 de agosto de 1986.
- Tamez Guerra, R., Ortega Salazar, S., Roa Varelo, A., Russo de Sánchez, A. R. y Galindo Madero, J. (2006). *Educación y desarrollo psicoafectivo: una propuesta de prevención y promoción de la salud psicosocial en la infancia*. Barranquilla, Colombia: Ed. Uninorte.
- Tomllenovich, C. P. (2010). *El arte como herramienta educativa, de promoción de la salud e integración social, en adolescentes con capacidades especiales. Formar-se*. Trabajo Final de Graduación. Córdoba: Universidad Empresarial Siglo 21.
- Troncoso, M. V., del Cerro, M. & Ruiz, E. (1998). *El desarrollo de las personas con Síndrome de Down: un análisis longitudinal*. Fundación Síndrome de Down de Cantabria.
- Villata Gil, V. & Ochoa Güerre, S. (2007). "La terapia facilitada por animales de compañía como programa de rehabilitación adjunto para personas con diagnóstico de esquizofrenia crónica". En *Revista: Papeles del Psicólogo*: enero/abril, vol. 28 n°001, pp. 49 -56. Madrid, España.
- Zaldívar, J. A. (2001). "Pastillas, inyecciones, gimnasio, animales". En *Revista Utopía: voces sin barreras* n° 6, Noviembre-Diciembre 2001. Recuperado el 12/05/2011 de la página: <http://www.portalsolidario.net/revista/ND01/colabora1.php3?mas=1>



## ANEXOS

### ANEXO I: CARTA INFORMATIVA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

La presente investigación es conducida por **María Candelaria de Bedia**, estudiante de la carrera Lic. en Psicología de la Universidad Empresarial Siglo 21. La meta de este estudio es **Analizar cambios psicológicos que realizan los pacientes con Síndrome de Down a través de la Equinoterapia.**

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá colaborar en una entrevista de aproximadamente entre 60 y 90 minutos, y tener la disponibilidad para una segunda entrevista, en caso de que sea necesario.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas.

A continuación se presenta un consentimiento informado que usted deberá firmar, con posterioridad a su lectura. El mismo no será entregado a persona alguna y, una vez concluido el estudio de investigación y aprobada la tesis, será destruido a los fines de preservar la identidad de los encuestados.

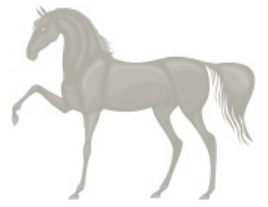
Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas a la autora en cualquier momento, durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento, sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Respecto de la devolución, no habrá ningún tipo de devolución individual, pero si usted desea información acerca de los resultados obtenidos en general, puede ponerse en contacto a través de la siguiente dirección electrónica: [candedebedia@hotmail.com](mailto:candedebedia@hotmail.com) y, una vez finalizado el análisis de datos y aprobado por la Comisión Evaluadora, se le enviará una copia del mismo.

Desde ya le agradezco su participación.

---

**María Candelaria de Bedia**

Tesista de Licenciatura en Psicología  
Legajo: PSI-723



### Consentimiento Informado de Participación en la Investigación

Acepto participar voluntariamente en esta investigación conducida por **María Candelaria de Bedia**, estudiante de la carrera Licenciatura en Psicología de la Universidad Empresarial Siglo 21. La meta de este estudio es **Analizar los cambios psicológicos que realizan los pacientes con Síndrome de Down a través de la Equinoterapia.**

Accedo a participar en este estudio, habiéndome informado que debo colaborar en una entrevista de aproximadamente entre 60 y 90 minutos, y tener la disponibilidad para una segunda entrevista, en caso de que sea necesario.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre la investigación en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a la autora a la dirección **candedebedia@hotmail.com** o **mcandelariadb@gmail.com**

Entiendo que se me entrega una carta informativa y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando haya concluido.

-----

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

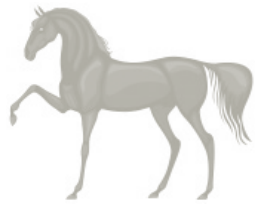
(En letras de imprenta).



## ANEXO II: CUESTIONARIO PARA PADRES Y PROFESIONAL DE LA EQUINOTERAPIA

### CUESTIONARIO A PADRES/PROFESIONAL DE PACIENTES DE EQUINOTERAPIA

1). Datos Sociodemográfico			
Edad:		Profesión:	
Estado Civil:		Nivel Educativo:	
2). Datos del Paciente			
Edad:		Sexo:	
Nivel Educativo:			
Cuanto tiempo hace que asiste la institución:			
Otros Tratamientos que haya realizado previamente:			
Tratamientos que realice conjuntamente con la Equinoterapia:			
Dominio Psicoafectivo			
Cuándo le da una indicación ¿responde adecuadamente?			
Al Inicio del tratamiento		En la Actualidad	
Siempre		Siempre	
Casi Siempre		Casi Siempre	
A veces		A veces	
Pocas Veces		Pocas Veces	
Nunca		Nunca	
¿Sufre cambios emocionales bruscos?			
Al Inicio del tratamiento		En la Actualidad	
Siempre		Siempre	
Casi Siempre		Casi Siempre	
A veces		A veces	
Pocas Veces		Pocas Veces	
Nunca		Nunca	
Cuándo no puede realizar una actividad o no lo dejan hacer lo que quiere ¿se enoja, se vuelve negativista ante la situación, rechaza a quien le negó la actividad?			
Al Inicio del tratamiento		En la Actualidad	
Siempre		Siempre	
Casi Siempre		Casi Siempre	
A veces		A veces	
Pocas Veces		Pocas Veces	
Nunca		Nunca	





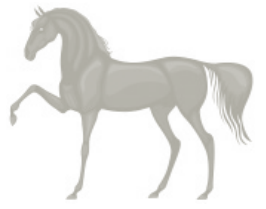
<b>Cuando no logra resolver eficazmente una tarea ¿se enoja, se vuelve negativista ante la situación, rechaza a quien le dio la tarea, abandona la tarea?</b>			
<b>Al Inicio del tratamiento</b>		<b>En la Actualidad</b>	
Siempre		Siempre	
Casi Siempre		Casi Siempre	
A veces		A veces	
Pocas Veces		Pocas Veces	
Nunca		Nunca	

<b>¿Cómo reacciona emocionalmente cuando se lo estimula con una actividad u objeto nuevo?</b>			
<b>Al Inicio del tratamiento</b>		<b>En la Actualidad</b>	
Se emociona en demasía		Se emociona en demasía	
Se inhibe y abandona		Se inhibe y abandona	
Controla la respuesta		Controla la respuesta	

<b>Cuando se relaciona con otras personas, padres o pares, ¿responde adecuadamente al contexto? (Por ejemplo: si ve alguien triste, se le acerca para contenerlo, o si ve alguien contento, festeja con la persona, etc.).</b>			
<b>Al Inicio del tratamiento</b>		<b>En la Actualidad</b>	
Siempre		Siempre	
Casi Siempre		Casi Siempre	
A veces		A veces	
Pocas Veces		Pocas Veces	
Nunca		Nunca	

<b>¿El paciente comunica sus emociones?</b>			
<b>Al Inicio del tratamiento</b>		<b>En la Actualidad</b>	
Siempre		Siempre	
Casi Siempre		Casi Siempre	
A veces		A veces	
Pocas Veces		Pocas Veces	
Nunca		Nunca	

<b>¿A quién comunica sus emociones?</b>			
<b>Al Inicio del tratamiento</b>		<b>En la Actualidad</b>	
Padre		Padre	
Madre		Madre	
Ambos		Ambos	
Hermanos		Hermanos	
Otro/s miembro/s de la familia		Otro/s miembro/s de la familia	
Amigos		Amigos	
Otra/s persona/s		Otra/s persona/s	





<b>¿Se comportan agresivamente?</b>			
<b>Al Inicio del tratamiento</b>		<b>En la Actualidad</b>	
Siempre		Siempre	
Casi Siempre		Casi Siempre	
A veces		A veces	
Pocas Veces		Pocas Veces	
Nunca		Nunca	

<b>¿Se muestran ansiosos ante ciertas circunstancias o personas? (Comienzan a agitarse, quieren retirarse del lugar, evitan espacios o personas).</b>			
<b>Al Inicio del tratamiento</b>		<b>En la Actualidad</b>	
Siempre		Siempre	
Casi Siempre		Casi Siempre	
A veces		A veces	
Pocas Veces		Pocas Veces	
Nunca		Nunca	

<b>Dominio Conductual</b>			
<b>¿Propone realizar actividades nuevas o toma la iniciativa ante una propuesta nueva?</b>			
<b>Al Inicio del tratamiento</b>		<b>En la Actualidad</b>	
Siempre		Siempre	
Casi Siempre		Casi Siempre	
A veces		A veces	
Pocas Veces		Pocas Veces	
Nunca		Nunca	

<b>¿El paciente le presta atención cuando le da indicaciones?</b>			
<b>Al Inicio del tratamiento</b>		<b>En la Actualidad</b>	
Siempre		Siempre	
Casi Siempre		Casi Siempre	
A veces		A veces	
Pocas Veces		Pocas Veces	
Nunca		Nunca	

<b>¿El paciente puede prestarle atención durante periodos prolongados?</b>			
<b>Al Inicio del tratamiento</b>		<b>En la Actualidad</b>	
Siempre		Siempre	
Casi Siempre		Casi Siempre	
A veces		A veces	
Pocas Veces		Pocas Veces	
Nunca		Nunca	





<b>¿Es inconstante para sostener o realizar de manera prolongada una misma tarea?</b>			
<b>Al Inicio del tratamiento</b>		<b>En la Actualidad</b>	
Siempre		Siempre	
Casi Siempre		Casi Siempre	
A veces		A veces	
Pocas Veces		Pocas Veces	
Nunca		Nunca	

<b>¿Presenta hiperactividad? (Quiere permanentemente hacer algo, no se queda quieto, o pierde interés rápidamente en las diferentes actividades).</b>			
<b>Al Inicio del tratamiento</b>		<b>En la Actualidad</b>	
Siempre		Siempre	
Casi Siempre		Casi Siempre	
A veces		A veces	
Pocas Veces		Pocas Veces	
Nunca		Nunca	

<b>Ante una actividad nueva ¿el paciente se resiste, por ejemplo, presentando berrinches o negándose a realizar la actividad?</b>			
<b>Al Inicio del tratamiento</b>		<b>En la Actualidad</b>	
Siempre		Siempre	
Casi Siempre		Casi Siempre	
A veces		A veces	
Pocas Veces		Pocas Veces	
Nunca		Nunca	

<b>Ante el cambio de una tarea, actividad o del contexto, ¿cómo se comporta el paciente?</b>			
<b>Al Inicio del tratamiento</b>		<b>En la Actualidad</b>	
Se resiste a aceptar el cambio		Se resiste a aceptar el cambio	
Tiende a repetir conductas aprendidas anteriormente, aunque no sirvan para esa actividad.		Tiende a repetir conductas aprendidas anteriormente, aunque no sirvan para esa actividad.	
Se adapta fácilmente		Se adapta fácilmente	
Se desinteresa rápidamente en la actividad.		Se desinteresa rápidamente en la actividad.	
Presenta entusiasmo para realizar la actividad.		Presenta entusiasmo para realizar la actividad.	

<b>¿Cumple las normas disciplinarias?</b>			
<b>Al Inicio del tratamiento</b>		<b>En la Actualidad</b>	
Siempre		Siempre	
Casi Siempre		Casi Siempre	
A veces		A veces	



Pocas Veces		Pocas Veces	
Nunca		Nunca	
<b>¿Presenta comportamientos agresivos hacia padres, hermano/s, otras personas, animales o hacia el mismo?</b>			
<b>Al Inicio del tratamiento</b>		<b>En la Actualidad</b>	
Siempre		Siempre	
Casi Siempre		Casi Siempre	
A veces		A veces	
Pocas Veces		Pocas Veces	
Nunca		Nunca	

<b>Si presenta comportamientos agresivos y se lo reta o pone un límite ¿responde adecuadamente aceptando el límite y la autoridad?</b>			
<b>Al Inicio del tratamiento</b>		<b>En la Actualidad</b>	
Siempre		Siempre	
Casi Siempre		Casi Siempre	
A veces		A veces	
Pocas Veces		Pocas Veces	
Nunca		Nunca	

<b>Cuando aprende algo ¿puede usarlo en otros contextos fuera del ámbito del hogar?</b>			
<b>Al Inicio del tratamiento</b>		<b>En la Actualidad</b>	
Siempre		Siempre	
Casi Siempre		Casi Siempre	
A veces		A veces	
Pocas Veces		Pocas Veces	
Nunca		Nunca	

<b>Dominio Social</b>			
<b>¿Presenta conductas de imitación? (Copia conductas a otras personas).</b>			
<b>Al Inicio del tratamiento</b>		<b>En la Actualidad</b>	
Siempre		Siempre	
Casi Siempre		Casi Siempre	
A veces		A veces	
Pocas Veces		Pocas Veces	
Nunca		Nunca	

<b>¿Cuál de las siguientes conductas son más frecuentes cuando el paciente se relaciona con otras personas?</b>			
<b>Al Inicio del tratamiento</b>		<b>En la Actualidad</b>	
Buen Humor		Buen Humor	
Amabilidad		Amabilidad	
Tozudez o terquedad		Tozudez o terquedad	
Timidez		Timidez	



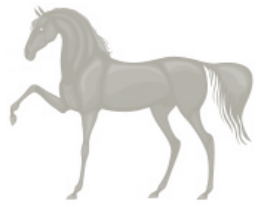
Agresividad (Verbal y/o física).		Agresividad (Verbal y/o física).	
Conversa con otras personas		Conversa con otras personas	

¿El paciente comprende lo que usted u otras personas le dicen?			
Al Inicio del tratamiento		En la Actualidad	
Siempre		Siempre	
Casi Siempre		Casi Siempre	
A veces		A veces	
Pocas Veces		Pocas Veces	
Nunca		Nunca	

¿El paciente tiene autonomía para realizar las actividades?			
Al Inicio del tratamiento		En la Actualidad	
Siempre		Siempre	
Casi Siempre		Casi Siempre	
A veces		A veces	
Pocas Veces		Pocas Veces	
Nunca		Nunca	

¿En qué ámbitos se manifiesta su autonomía?			
Al Inicio del tratamiento		En la Actualidad	
Aseo		Aseo	
Orden		Orden	
Vestimenta		Vestimenta	
Desplazamiento en la ciudad		Desplazamiento en la ciudad	
Manejo de dinero		Manejo de dinero	

**¿Podría mencionar algún cambio significativo durante el transcurso del tratamiento que no haya sido mencionado anteriormente? ¿Cuál?**



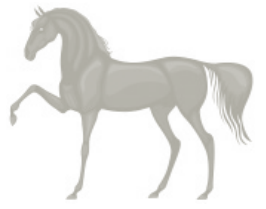
**ANEXO III: MODELO DE CUESTIONARIO PARA PACIENTES DE EQUINOTERAPIA:**

Datos del Paciente	
Edad:	
Nivel Educativo:	
Cuanto tiempo hace que asiste la institución:	
A que otras instituciones asistís?	
Con quien vivís:	
Dominio Psicoafectivo	
Cuándo le da una indicación ¿Respondes?	
<b>En la actualidad</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Siempre	
Casi Siempre	
A veces	
Pocas Veces	
Nunca	
¿Te pasa que de reírte te largas a llorar o te enojas fácilmente?	
<b>En la Actualidad</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Siempre	
Casi Siempre	
A veces	
Pocas Veces	
Nunca	
Cuándo querés hacer algo y no te dejan ¿Te enojas, no querés hacerlo más?	
<b>En la Actualidad</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Siempre	
Casi Siempre	
A veces	
Pocas Veces	
Nunca	
Cuando no logra hacer algo ¿Te enojas, no querés hacerlo más, seguís intentando?	
<b>En la Actualidad</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Siempre	
Casi Siempre	
A veces	



Pocas Veces		
Nunca		

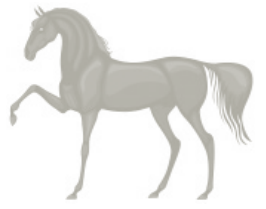
¿Cómo te sentís cuando haces una actividad nueva?		
<b>En la Actualidad</b>		<b>OBSERVACIONES</b>
Se emociona en demasía		
Se inhibe y abandona		
Controla la respuesta		
¿Cuándo estas feliz o estas triste se lo contas a alguien?		
<b>En la Actualidad</b>		<b>OBSERVACIONES</b>
Siempre		
Casi Siempre		
A veces		
Pocas Veces		
Nunca		
¿A quién le contas lo que te pasa?		
<b>En la Actualidad</b>		<b>OBSERVACIONES</b>
Terapeuta de Equinoterapia		
Voluntarios		
Otros niños en tratamiento		
Padres		
Amigos		
Otros Familiares		
¿Le pegas a la gente o la insultas?		
<b>En la Actualidad</b>		<b>OBSERVACIONES</b>
Siempre		
Casi Siempre		
A veces		
Pocas Veces		
Nunca		
¿Te pones nervioso con algunas personas? ¿Con quienes por ejemplo?		
<b>En la Actualidad</b>		<b>OBSERVACIONES</b>
Siempre		
Casi Siempre		
A veces		
Pocas Veces		
Nunca		





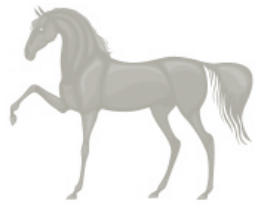
Dominio Conductual		
<b>¿Te gusta hacer cosas nuevas? ¿Inventas cosas nuevas para hacer?</b>		
<b>En la Actualidad</b>		<b>OBSERVACIONES</b>
Siempre		
Casi Siempre		
A veces		
Pocas Veces		
Nunca		
<b>¿Cuándo alguien te dice que hagas algo le prestas atención, lo escuchas?</b>		
<b>En la Actualidad</b>		<b>OBSERVACIONES</b>
Siempre		
Casi Siempre		
A veces		
Pocas Veces		
Nunca		
<b>¿El paciente puede prestarle atención durante periodos prolongados? (Registro a través de la entrevista).</b>		
<b>En la Actualidad</b>		<b>OBSERVACIONES</b>
Siempre		
Casi Siempre		
A veces		
Pocas Veces		
Nunca		
<b>¿Te gusta hacer una sola cosa durante mucho tiempo?</b>		
<b>En la Actualidad</b>		<b>OBSERVACIONES</b>
Siempre		
Casi Siempre		
A veces		
Pocas Veces		
Nunca		
<b>¿Te gusta hacer muchas cosas diferentes, cambiar de actividades?</b>		
<b>En la Actualidad</b>		<b>OBSERVACIONES</b>
Siempre		
Casi Siempre		
A veces		
Pocas Veces		
Nunca		







<b>Cuando te piden que hagas algo diferente ¿te gusta o no te gusta? Por ejemplo cuando te hacen cambiar de caballo.</b>		
<b>En la Actualidad</b>		<b>OBSERVACIONES</b>
Siempre		
Casi Siempre		
A veces		
Pocas Veces		
Nunca		
<b>¿Cumplís con las reglas?</b>		
<b>En la Actualidad</b>		<b>OBSERVACIONES</b>
Siempre		
Casi Siempre		
A veces		
Pocas Veces		
Nunca		
<b>Si te portas mal y te retan ¿Qué haces?</b>		
<b>En la Actualidad</b>		<b>OBSERVACIONES</b>
Me enojo		
Acepto		
Le pego o insulto a quien me reto		
Otro		
<b>¿Lo que aprendiste en tu casa lo usas en otros lados, por ejemplo aca?</b>		
<b>En la Actualidad</b>		<b>OBSERVACIONES</b>
Siempre		
Casi Siempre		
A veces		
Pocas Veces		
Nunca		
<b>Dominio Social</b>		
<b>¿Haces cosas solo o siempre te acompaña alguien?</b>		
<b>En la Actualidad</b>		<b>OBSERVACIONES</b>
Siempre		
Casi Siempre		
A veces		
Pocas Veces		
Nunca		



---



