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

Repositorio Kimelü **http://kimelu.mdp.edu.ar/**

Licenciatura en Terapia Ocupacional Tesis de Terapia Ocupacional

2019

Conocer a través de la percepción de los padres : el impacto en la calidad de vida de los niños con diagnostico de encefalopatía crónica no evolutiva que realizan equinoterapia

Temporelli, Bernardita

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

http://200.0.183.227:8080/xmlui/handle/123456789/260

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL
LICENCIATURA EN TERAPIA OCUPACIONAL

Tésis de grado

"Conocer a través de la percepción de los padres, el impacto en la calidad de vida de los niños con diagnóstico de encefalopatía crónica no evolutiva que realizan equinoterapia"

Alumna
Temporelli, Bernardita

Directora de Tesis
Lic. Wagner, Erica.
M.P. 125816

Año 2019
Mar del Plata.
Buenos Aires. Argentina.

Autora:

Temporelli, Bernardita. (DNI 35.413.512)

Directora:

Licenciada en Terapia Ocupacional Wagner Érica. M.P. 125816

ÍNDICE

TESISTA Y DIRECCIÓN ---------- 2

AGRADECIMIENTOS ---------- 5

TEMA ---------- 6

PALABRAS CLAVES ---------- 6

INTRODUCCIÓN ---------- 7

FUNDAMENTACIÓN ---------- 10

PROBLEMA ---------- 13

OBJETIVOS ---------- 13

ESTADO ACTUAL DE LA CUESTIÓN ---------- 14

MARCO TEÓRICO ---------- 28

I. EQUINOTERAPIA ---------- 29

I.1. Definición ---------- 30

I.2. Historia ---------- 30

I.3.Principios terapéutico ---------- 31

I.4.Beneficios ---------- 35

I.5. Asiento de montar ---------- 36

I.6. Ejercicios ---------- 40

II. NIÑEZ ---------- 42

II.1. Definición ---------- 43

II.2. Desarrollo cognitivo del niño ---------- 43

II.3. Enfoque constructivista ---------- 46

III. ENCEFALOPATÍA CRÓNICA NO EVOLUTIVA---------- 47

III.1. Definición---------- 48

III.2. Diagnóstico temprano ---------- 49

III.3. Etiología ---------- 50

III.4. Epidemiología ---------- 51

III.5. Características ---------- 51

III.6. Clasificación ---------- 52

III.7. Alteraciones asociadas ---------- 55

IV. CALIDAD DE VIDA ---------- 57

V. TERAPIA OCUPACIONAL ---------- 64

V.1. Definición ---------- 65

V.2. Incumbencias ---------- 68

V.3. Áreas de ocupación ---------- 70

V.4. Destrezas de ejecución ---------- 79

ASPECTOS METODOLÓGICOS ---------- 81

RESULTADOS ---------- 94

CONCLUSIONES ---------- 105

BIBLIOGRAFÍA ---------- 114

ANEXO ---------- 120

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar a Érica, por acompañarme en este proceso, por su aliento y por confiar.

A Marcela por su positivismo y energía.

A Gisela y a Sonia que me hicieron conocer la equinoterapia, por tantos años de acompañarme, de darme un lugar, apoyarme y confiar.

A mis amigas que en cada desliz estuvieron para sostener, escuchar y abrazar.

A mi familia, pero sobre todo a mis papás por sostenerme siempre y sobre todo por aguantar durante todo éste tiempo.

Pero fundamentalmente quiero agradecer a mi abuela por hacerme conocer la terapia ocupacional, y a mi tío que fue mi gran maestro en esto.

¡GRACIAS A TODOS!

Bernardita.

Tema

Conocer a través de la percepción de los padres, el impacto en la calidad de vida de los niños con encefalopatía crónica no evolutiva que realizan equinoterapia.

Palabras claves

-Calidad de vida.

-Encefalopatía crónica no evolutiva (ECNE)

-Equinoterapia.

-Terapia Ocupacional (T.O.)

INTRODUCCIÓN

La presente investigación tiene como finalidad conocer a través de la percepción de los padres, el impacto en la calidad de vida los niños de entre 3 y 10 años de edad con diagnóstico de encefalopatía crónica no evolutiva (ECNE), que realizan equinoterapia.

La ECNE se caracteriza por ser una lesión permanente y no progresiva que afecta a la postura y a los movimientos normales del niño, producto de un daño en el cerebro inmaduro, esto por ende condiciona al desarrollo funcional del niño *(Bobath, 2001)*.

La ECNE es abordada desde diversos marcos teóricos hace varios años, con distintas metodologías, con nuevos métodos y herramientas desde la Terapia Ocupacional (T.O.). La equinoterapia es uno de los métodos más utilizados por los terapistas ocupacionales y profesionales de otras especialidades para abordar ala ECNE. Este método tiene la particularidad de utilizar al caballo como medio terapéutico.

La equinoterapia, según la Ley Provincial 534:

"Es una disciplina integral y complementaria de las terapias tradicionales para la habilitación y rehabilitación de discapacidades humanas mediante el uso de un equino apto, certificado y debidamente entrenado, realizada por personas profesionalmente capacitadas y en lugares con espacio acorde y tranquilidad ambiental".

Aquí el Terapista Ocupacional tiene un rol importante, ya que es un profesional con una formación óptima que le permite observar, analizar y adaptar la actividad para que sea desarrollada de la manera más adecuada y de acuerdo a las demandas y requerimientos de cada caso en particular. Es decir, es un profesional capacitado para desarrollar la actividad con fines terapéuticos.

A través del caballo la T.O. busca captar la atención del niño para luego, por medio de diversas acciones o situaciones, él mismo pueda hacer frente a sus limitaciones y, en consecuencia, aumentar su capacidad funcional.

Según datos que se obtendrán mediante la presente investigación sobre ECNE, T.O., y equinoterapia, se pretende conocer cuál es la percepción de los padres en relación a los aspectos físicos, sociales y psíquicos de niños de entre 3 y 10 años de edad, con ECNE que concurren a los Centros de equinoterapia Ayün y El Alba de la ciudad de Mar del Plata.

El motivo que llevó a la elección de la temática surgió en el primer cuatrimestre del año 2017. La equinoterapia fue desde el inicio uno de los posibles temas a investigar, ya que hace varios años que me encuentro inmersa en la utilización del caballo como un recurso terapéutico.

La búsqueda de investigaciones previas arrojó un resultado positivo, debido que desde el año 2010 comienza un auge muy importante en materia de investigación en lo que a equinoterapia se refiere. La misma fue abordada desde distintas disciplinas relacionadas a la salud, todas ellas con un denominador común, los beneficios en alguno de los múltiples aspectos de la

vida del ser humano. Dicha información fue de tal magnitud que se debió acotar la selección de estudios presentes en esta tesis, tomando solo aquellas que fueron desarrolladas a partir del año 2012 hasta la actualidad.

FUNDAMENTACIÓN

En la ciudad de Mar del Plata, actualmente se encuentran trabajando sólo cuatro centros de equinoterapia: Asociación civil de equinoterapia "Ayün", "El Alba", "Granja Educativa productiva con equinoterapia Aymara", y "La Marisa". Es significativo aclarar que el único centro de equinoterapia de la ciudad de Mar del Plata que cuenta con un Terapista Ocupacional en su equipo es "El Alba".

Resulta importante destacar tres tipos de relevancias que posee la presente investigación:

- **Relevancia teórica:** el presente trabajo de investigación aportará a la comunidad científica nuevos conocimientos y fundamentos que permitan comprender la importancia de la equinoterapia en el tratamiento del niño con ECNE. Además, se busca impulsar la incorporación de la temática en los programas de las distintas Universidades donde se dicte la carrera de T.O. en las cuales aún no es abordada. De esta manera, muchos estudiantes y profesionales de la salud que desconocen esta forma de tratamiento, tendrán acceso a dicha información que le permita comprender a la equinoterapia como una de las formas posibles y complementarias de abordaje.

- **Relevancia práctica:** éste trabajo tiene como objetivo dar a conocer a los profesionales de T.O y demás profesionales de la salud que trabajan con niños con ECNE una forma complementaria de tratamiento, que es llevada a cabo en un ambiente distinto al de cualquier otra terapia, rico en estímulos naturales que le permite al niño vivenciar experiencias nuevas, y de esta manera, obtener beneficios que enriquezcan los resultados de otras terapias.

- **Relevancia social:** Se pretende abordar el tema en profundidad, y difundir los resultados obtenidos para que se reconozca a la equinoterapia como una terapia integral que promueve la rehabilitación, y de esta manera, el Estado apruebe la Ley de equinoterapia en la provincia de Buenos Aires, que permitirá incluir a la misma como un tratamiento complementario. Si esto se logra, no solo tendrán acceso a equinoterapia aquellos niños que su situación económica se los permita sino todos los niños con discapacidad, independientemente de su situación económica. Además con la aprobación de la ley se ampliaría las posibilidades de tratamiento a todos los niños que tienen algún tipo discapacidad, siendo beneficiados de este modo no solo los niños con ECNE sino todos los niños con discapacidad, ya sea física, sensorial, psíquica o intelectual y sus familias.

Así mismo, la producción de investigaciones y publicaciones sobre esta temática, adquieren un sentido mayor cuando pueden impulsar la aprobación de la ley ampliando las posibilidades de tratamiento de los infantes con

discapacidad, siendo beneficiados de este modo no solo los niños con ECNE sino todos los niños con discapacidad, ya sea física, sensorial, psíquica o intelectual y sus familias.

PROBLEMA

¿Cuál es, según la percepción de los padres, el impacto en la calidad de vida de los niños de entre 3 y 10 años de edad con diagnóstico de ECNE que concurren a los centros de equinoterapia Ayün y El Alba en la ciudad de Mar del Plata?

OBJETIVOS

General:

Conocer el impacto en la calidad de vida de los niños con diagnóstico de ECNE de entre 3 y 10 años de edad que concurren a los centros de equinoterapia Ayün y El alba de la ciudad de Mar del Plata.

Específicos:

-Conocer el impacto en la dimensión física del niño con diagnóstico de ECNE de entre 3 y 10 años de edad que realiza equinoterapia.

-Indagar sobre el impacto en la dimensión psicológica del niño con diagnóstico de ECNE de entre 3 y 10 años de edad que realiza equinoterapia.

-Conocer el impacto en la dimensión emocional del niño con diagnóstico de ECNE de entre 3 y 10 años de edad que realiza equinoterapia.

ESTADO ACTUAL DE LA CUESTIÓN

En cuanto a los trabajos de investigación, hubo un gran incremento de los mismos a partir del año 2010, por esta razón hemos tomado las investigaciones realizadas durante los últimos cinco años, es decir aquellas llevadas a cabo a partir del año 2012, a excepción de una tesis denominada "Terapia Ocupacional: una perspectiva en terapias ecuestres" realizada en el año 2010. La misma fue tenida en cuenta ya que es la única tesis realizada desde Terapia Ocupacional sobre el tema que nos compete en la ciudad de Mar del Plata. Los siguientes estudios fueron recolectados de la biblioteca de la Universidad Nacional de Mar del Plata, y de la página google académico.

Dichas investigaciones son desarrolladas a continuación:

"Terapia Ocupacional: una perspectiva en terapias ecuestres", Lorenzo Mariana Soledad, Sempé María Clara, Sobol Noelia Alejandrina. Universidad Nacional de Mar del Plata. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Licenciatura en Terapia Ocupacional. 2010.

Las autoras se propusieron indagar sobre una de las corrientes que se presentaba cada vez con más fuerza en la década del 70 como lo era la terapia asistida con animales, enmarcada en una corriente holística y ecológica que promovían un mayor contacto con la naturaleza; rescatando el aporte que desde la vida brindan los animales, y en donde el caballo no es la excepción. El propósito de este estudio era realizar un recorrido teórico, relacionando las terapias ecuestres, su desarrollo y fundamentos; y los principios y competencias de la T.O. Para conocer los aportes de la T.O. a las terapias

ecuestres en el abordaje de pacientes con ECNE, autismo y síndrome de down. Esto se llevó a cabo a través de un tipo de estudio exploratorio descriptivo con un enfoque cualitativo, ya que pretendía analizar el aporte de T.O. a las terapias ecuestres, basándose en técnicas no estandarizadas para la recolección de datos como lo es la observación no estructurada, entrevistas semi-estructuradas y revisión de documentos. La población o el universo contemplado en dicha tesis teórica, lo constituyen la totalidad de libros, artículos de revistas y publicaciones de internet referentes al tema en cuestión. La conclusión de esta investigación refiere que los aportes de la T.O. en terapias ecuestres están principalmente orientados a analizar y modificar el entorno y los recursos materiales de acuerdo con las necesidades de los pacientes, evaluar al paciente a fin de detectar las capacidades y las limitaciones y su influencia sobre el desempeño ocupacional, detectar problemas y necesidades, elaborar e implementar un plan de tratamiento y planificar junto al equipo interdisciplinario el alta del tratamiento.

"Utilización de equinoterapia como instrumento terapéutico en el tratamiento de niños con parálisis cerebral". Fourmatin Gisela. Universidad Fasta, Facultad de Ciencias Médicas. Tesis de fin de grado para la Licenciatura en kinesiología. 2012.

El propósito de su trabajo fue dar a conocer la labor realizada en Rehabilitación Ecuestre, como un método alternativo y complementario de las terapias tradicionales en los niños con parálisis cerebral. A su vez, determinar cuáles son las necesidades en dicho tratamiento desde el punto de vista

kinésico. Lo llevó a cabo describiendo el abordaje terapéutico y los cambios que se observaron en 5 pacientes entre 10 y 14 años de edad con ECNE de tipo espástica.

La autora utilizó una metodología cualitativa, y la recolección de información se efectuó a través de dos vertientes, por un lado la realización de encuestas y por el otro mediante la observación de historias clínicas, que permite tener noción de todo lo acontecido durante el tratamiento.

La conclusión de ésta investigación refiere que, en este tipo de alteración, la utilización del caballo como instrumento de la rehabilitación es beneficioso, obteniendo resultados más rápidos y eficientes. Además, concluyó que la kinesiología puede realizar un importante aporte desde su perspectiva al equipo multidisciplinario, llegando a ser un miembro esencial y clave para la rehabilitación en dicha terapia.

"Nivel de apertura del ángulo de movimiento, en músculos aductores de cadera en niños de dos a doce años de edad con parálisis cerebral espástica moderada, mediante la terapia ecuestre en el centro de rehabilitación infantil de la secretaria de la defensa nacional del 1° de Mayo al 1° de Julio del 2012" Reyes Domínguez Cosme. Universidad Autónoma del estado de México. Facultad de medicina. Licenciatura en Terapia Física. Mayo 2013.

La investigación se realizó para verificar y documentar el incremento en la distancia del epicóndilo derecho al epicóndilo izquierdo del ángulo de movimiento de los músculos aductores en niños con parálisis cerebral

espástica moderada, con predominio en extremidades inferiores. La investigación se llevó a cabo en el Centro de Rehabilitación Infantil de la Secretaria de la Defensa Nacional, con una muestra poblacional donde se incluyeron 21 pacientes, 11 masculinos y 10 femeninos con una edad de 2 a 12 años.

La metodología de estudio utilizada fue cuasi experimental, prospectivo con muestra por conveniencia, se cuantificó al inicio y al final de cada sesión de equinoterapia, (10 en total) el incremento de la distancia del epicóndilo derecho al epicóndilo izquierdo de los miembros inferiores en la apertura del ángulo de movimiento de los músculos aductores.

Concluyendo que la terapia ecuestre en pacientes con diagnóstico de parálisis cerebral infantil con edad de 2 a 12 años incrementa la apertura en el ángulo de movimiento en los músculos aductores, facilitando la funcionalidad en algunos pacientes, la deambulación asistida, coordinación y equilibrio, y para las madres el aseo del área de genitales, la colocación del pañal y el vestido

"Efectos de la hipoterapia en personas con parálisis cerebral: Una revisión sistemática". Pérez Martínez Rebeca. Universidad la Coruña. Facultad de Ciencias de la Salud. Master en asistencia e investigación sanitaria. Especialidad: reeducación funcional, autonomía personal y calidad de vida. Junio de 2014.

La autora se propuso conocer los diversos efectos de la hipoterapia en personas con parálisis cerebral. Se tuvo en cuenta a niños no mayores de 18

años diagnosticados con parálisis cerebral, de ambos sexo. Y estudios en los que se lleve a cabo una intervención mediante hipoterapia con caballo o simulador. Además de ensayos clínicos (ECAs) estudios de casos y controles, estudios de cohortes y revisiones sistemáticas o meta-análisis. Se seleccionaron documentos escritos en español e inglés. Limitando la búsqueda a trabajos publicados desde 2004 hasta marzo de 2014.

Los resultados obtenidos fueron 24 artículos de los cuales 9 son los que cumplieron los criterios de inclusión. Se analizaron las variables de: actividad electromiografía, autopercepción, variaciones de la marcha, control postural y función motriz gruesa. Llegando a la conclusión de que es una actividad que proporciona beneficios significativos para las personas con parálisis cerebral como un tratamiento complementario. Se deben unificar las evaluaciones y realizar más estudios para poder generalizar los resultados.

"Equinoterapia y su eficacia en la potencialización de la motricidad gruesa de los niños de 1 a 6 años con Síndrome de Down, de la unidad educativa especializada Ambato". Rivera Quinatoa, Jessica Alexandra. Universidad Técnica de Ambato. Facultad de Ciencias de la Salud. Carrera de Terapia Física. Noviembre 2014.

Dicha investigación tiene como objetivo evaluar la eficacia de la Equinoterapia en la potencialización de la motricidad gruesa, en los niños con Síndrome de Down, a través de un muestreo casual en el cual intervinieron 40 niños de 1 a 6 años. A partir de estos se establecieron 2 grupos de 20 niños cada uno, y se realizó un estudio comparativo. Para realizar la investigación, se

usó el Test de Medida de la Función Motora, a través de cual se obtuvo un conocimiento detallado de las etapas de la motricidad gruesa que presenta un niño, la valoración se realizó al inicio y al final de la investigación y además también se utilizó la Escala de Mejoría Global. Los resultados que se obtuvieron en el transcurso de 3 meses, permitieron dar a conocer que la equinoterapia es eficaz para potencializar la motricidad gruesa, y que su estudio ha alcanzado los objetivos planteados. Además de concluir la investigación ha logrado tener un enfoque diferente en cuanto a la forma de rehabilitación, al utilizar a los caballos como medio terapéutico, permiten la transmisión de impulsos y nueva información que ayudan al niño con síndrome de down a mejorar su motricidad gruesa y su calidad de vida.

"Eficacia de la hipoterapia vs la movilidad pasiva en la mejora de las habilidades motoras gruesas en los niños con déficit motriz de 1 a 10 años de edad" Pozo Martínez, Fátima Sofía. Universidad Técnica de Ambato. Facultad de Ciencias de la Salud. Carrera de Terapia Física. Abril 2015.

La autora elaboró su tesis en el Instituto Educativo Especial de Puyo, con el propósito de realizar una investigación profunda y clara de la hipoterapia y la movilidad pasiva en el desarrollo del déficit motriz, para generar un plan de tratamiento correcto que ayude a mejorar la calidad de vida de personas con capacidades diferentes. Se plantearon el problema ¿Qué técnica es más eficaz (hipoterapia vs movilidad pasiva) en la mejora de las habilidades motoras gruesas en los niños de 1 a 10 años con deficiencia psicomotriz?

El proyecto de investigación se llevó a cabo con la utilización del método cuantitativo experimental que conto con una muestra de 30 niños con deficiencia motriz, los cuales se dividieron en dos grupos. Las autoras llegaron a la conclusión que en la aplicación práctica de los tratamientos movilidad pasiva vs hipoterapia los mejores resultados de la rehabilitación fueron obtenidos a través de la hipoterapia, comprobado en la verificación de la hipótesis. Afirmando además que la misma no es estadísticamente, ni clínicamente significativa ya que el tiempo de terapia no fue el suficiente para obtener resultados mayores.

"La equinoterapia en las distintas alteraciones del desarrollo del menor" Chamorro González Mireya. Universidad de Valladolid, Facultad de Educación y Trabajo Social. Julio 2015.

El propósito de la investigación era dar a conocer a la equinoterapia como un método alternativo y complementario de las terapias tradicionales, y difundir los beneficios de la misma en niños con alteraciones en su desarrollo. La autora tuvo mucha dificultad con la metodología del proyecto debido a la escasa información bibliográfica. Las fuentes de información que formaron parte de la investigación fueron páginas web de asociaciones, fundaciones de equinoterapia donde se explicaban todo sobre la terapia con caballos para personas con discapacidad o alteraciones del desarrollo, y los trabajos realizados por personas que trabajan en el campo quienes explicaron que es y qué beneficios se obtiene con esta terapia. Los resultados obtenidos fueron que la equinoterapia mejora las relaciones interpersonales, estableciendo a su

vez un vínculo entre paciente y familia. También favorece el desarrollo psicomotor en niños con parálisis cerebral.

En general las terapias ecuestres, brindan resultados rápidos y eficientes, ya que entregan una gran cantidad de estímulos al paciente, de una forma entretenida, al aire libre, por lo que es muy llamativo, especialmente para los niños con parálisis cerebral, que tienen limitación de movimiento.

La autora llega a la conclusión de que la equinoterapia utilizada como complemento de los tratamientos clínicos-psicológicos-psicopedagógicos y sociales ha demostrado ser de una óptima utilidad médica mejorando las discapacidades de las personas.

"Diseño de un programa de terapia asistida con caballos: aproximación desde la TO". Gómez Bonachía Bárbara. Universidad de la Coruña. Facultad de Ciencias de la Salud. Grado en Terapia Ocupacional. Julio 2015.

La autora diseñó y desarrolló un programa de intervención de terapia ocupacional usando como medio terapéutico a los caballos, destinado a mejorar la calidad de vida y la autonomía de los usuarios de entre 5 y 14 años que pertenezcan al Ayuntamiento del Consorcio As Mariñas, sin exceder el número máximo de 15 participantes. El estudio se desarrollaría en diferentes etapas, una reunión inicial (entrega de la hoja de información y a continuación los consentimientos informados), una evaluación inicial, la puesta en marcha de un plan de intervención y una evaluación final. Utilizando un estudio de diseño mixto, por un lado una metodología cualitativa, con un método fenomenológico

cuyas técnicas de recogida de datos serian observacionales y documentales, a través de las entrevistas semiestructuradas, el cuaderno de campo y la observación. Y por otro lado, una metodología cuantitativa con un estudio longitudinal, cuasi experimental de tipo prospectivo con una valoración inicial y una final, mediante diversas escalas. Para concluir la autora realizaría un análisis de los datos recogidos con dicha intervención.

En la presente investigación, la autora no detalla resultados y conclusiones.

"Terapia Asistida Con Animales: Equinoterapia y la importancia de la inclusión familiar a la intervención". González Victoria. Universidad de la República. Facultad de Psicología. Trabajo Final de Grado, para la Licenciatura en Psicología. Montevideo, Uruguay. Octubre de 2015.

El trabajo analiza y reflexiona sobre el lugar que ocupan las terapias asistidas con animales, en particular la equinoterapia. Tiene en cuenta tanto el impacto que la misma provoca a nivel físico, psicológico y social en quienes la realizan y haciendo énfasis en el papel fundamental que adquiere la participación de la familia en torno al proceso terapéutico.

La conclusión de dicha investigación expone que en el vínculo humano-animal emergen diversos cambios a nivel físico, psíquico y social en el paciente, ya que los animales trasmiten afecto, provocan empatía, y fomentan la participación de terceras personas (como lo pueden ser la familia, amigos, cuidadores, etc.) por eso es clave la participación de las familias o cuidadores,

como un apoyo generador de aprendizajes, brindando además herramientas para el futuro y para resolver situaciones cotidianas en el hogar con el paciente.

"Evaluación de la intervención de hipoterapia en niños con parálisis cerebral infantil en la fundación de niños especiales San Miguel" Tonato Quispe, Mery Alexandra. Universidad Técnica De Ambato, Facultad de Ciencias de la salud, Carrera de Terapia Física. Mayo 2016.

El propósito de la investigación es evaluar si la intervención en hipoterapia se realiza de forma adecuada, y si es capaz de cubrir las necesidades que presenta cada uno de los participantes de manera individual. Se ejecuta mediante la realización de una encuesta para valorar el nivel de satisfacción por parte de los participantes y de esta manera poder determinar si el personal que trabaja en dicha área tiene los conocimientos necesarios para poder aplicar dicha técnica, además se realiza una evaluación inicial y una final a 30 niños mediante la utilización de las escala de Ashworth (evalúa el nivel de espasticidad) y la escala de escala Gross Motor Function Measure (Nivel de motricidad –hitos evolutivos) . La autora también utiliza la observación de campo directa en cada una de las sesiones. Los resultados obtenidos por la autora fueron los siguientes: De un total de 30 niños que representa el 100% que asisten al área de hipoterapia 25 de ellos que representan el 83,87 % tienen parálisis cerebral infantil de tipo espástica, mientras que en menor medida se encuentran niños con otros tipos de parálisis cerebral. Además del total de niños evaluados el 60% asisten con periodicidad a recibir la terapia dado que viven en sectores aledaños a la fundación y tienen turno para asistir a

otras sesiones de fisioterapia por lo que es más factible ir por las demás terapias, mientras tanto un 40% asisten solo un día por semana. Además un 76.6 7% acuden al área de hipoterapia para complementar terapias primordiales que han recibido anteriormente. Mientras que un 23.33% asisten a hipoterapia como único tratamiento de su patología. La autora plantea que el 80% de los padres entrevistados manifestaron que no reciben ningún tipo de información sobre la finalidad de realizar la hipoterapia en sus hijos ni de qué manera esta ayuda a mejorar su calidad de vida , mientras que un 20% de ellos mencionaron que alguna vez si recibieron información. El 70% de ellos manifiestan que el tratamiento que recibe su hijo/a no es individualizado a tratar estrictamente el tipo de parálisis cerebral que tiene sus representados ya que al asistir a las sesiones han podido observar que otros niños realizan las misma actividades y posiciones que realizan sus hijos, mientras que un 30% expresan que el tratamiento es realizado de forma personalizada. Dentro de los resultados la autora plantea que 5 niños con parálisis cerebral han mostrado mejorías al realizar actividades que demanden la utilización las manos, control de la cabeza y agilidad a la hora de realizar los cambios de decúbito y volteo, mientas que 6 tuvieron notables mejorías al utilizar la hipoterapia como tratamiento complementario a otras terapias primordiales. La autora obtuvo como resultados que 7 niños con parálisis cerebral han mostrado mejorías al ejecutar actividades utilizando las manos, control de la cabeza, equilibrio durante la posición sedente, mientas que 5 niños mejoraron su psicomotricidad y los cambios de posturas se comenzaron a realizar más ágilmente.

Por último los resultados obtenidos por la autora demuestran que la hipoterapia no se realiza de forma adecuada debido a que los niños sin importar su patología no reciben un tratamiento individualizado, esto a causa de que el encargado del área no cuenta con los conocimientos y la preparación para poder ejecutar la hipoterapia.

"Eficacia de la hipoterapia en niños de 8 a 12 años con parálisis cerebral hemiplejia espástica" Salazar Cajape María Isabel. Universidad Central de Cataluña, 4to Grado de Fisioterapia, Mayo del 2016.

La autora planificó un estudio con un ensayo clínico controlado aleatorizado, cuantitativo y experimental con pre-post intervención. Su objetivo es poder comprobar la eficacia de la hipoterapia, de la función motora gruesa, específicamente de la dimensión "andar, correr y saltar" y de la espasticidad. En el estudio se tuvo una muestra de 46 individuos de entre 8-12 años con Parálisis Cerebral Hemiplejía Espástica, con un nivel III en la Escala Gross Motor Function-88 y en la Escala de Ashworth Modificada. Los individuos se dividieron en dos grupos de manera aleatoria, de 23 participantes cada uno, el grupo experimental recibió el tratamiento de hipoterapia, además del tratamiento con fisioterapia convencional basada en el método Bobath y el grupo control que recibió solo el tratamiento convencional basado en el método Bobath. Valorándose el nivel de la función motora gruesa antes y después del tratamiento mediante las mencionadas escalas. La escritora llegó a la conclusión de que hipoterapia, no debería ser considerada como complementaria, ya que es una terapia muy completa, debido que provee no

solo un tratamiento físico sino también psicológico y social, estableciendo un vínculo entre el usuario y el caballo. Pero asegura que esto en dicho momento no es posible, debido que este tratamiento no está suficientemente extendido en la sociedad, haciéndolo inaccesible y costoso en relación a otros tratamientos para la parálisis cerebral.

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I

EQUINOTERAPIA

I.1. Definición de equinoterapia

Según la Ley provincial de equinoterapia N°534

"La equinoterapia es una disciplina integral y complementaria de las terapias médicas tradicionales para la habilitación y rehabilitación de discapacidades humanas mediante el uso de un equino apto, certificado y debidamente entrenado, realizada por personas profesionalmente capacitadas y en lugares con espacio acorde y tranquilidad ambiental".

I.2. Historia

En el año 1875 Chassaignac, neurólogo francés, descubrió que un caballo en movimiento mejoraba el equilibrio, el movimiento articular y el control muscular de los pacientes así como su estado de ánimo.

En los inicios de la equinoterapia, entre los años 1950 y 1960, se trataron mayormente pacientes del campo de la ortopedia y la neurología. Gracias a la experiencia y a las diversas investigaciones, desde los años noventa se amplió hacia áreas como la pedagogía, psiquiatría, y enfermedades genéticas.

En los últimos años el uso de la equinoterapia como una herramienta terapéutica ha tenido un mayor reconocimiento, por dicho motivo distintas provincias de Argentina han aprobado la Ley de equinoterapia. En las provincias de Salta (Ley Provincial 7.959), Santa Cruz (Ley Provincial 5.051), Tucumán (Ley Provincial 8.911), Chubut (Ley Provincial 534), Río Negro (Ley Provincial 5.051) y Santa Fé (Ley Provincial 9.325) se aprueba a la equinoterapia como una actividad terapéutica de habilitación y rehabilitación

para personas con discapacidad, la misma tiene como objetivo establecer el marco normativo e institucional que oriente las acciones del estado y de la sociedad a fin de potenciar el desarrollo físico, mental, sensorial y social del ser humano y lograr ser armónico e integral sin exclusión alguna. La normativa garantiza una efectiva prestación a personas con discapacidad, para que tengan la posibilidad de acceder a otras alternativas de tratamiento, instando a las obras sociales y organizaciones de medicina prepaga a incluirlas en sus respectivos vadumécum. Además se apela a que el Proyecto de Ley llegue a legisladores del Congreso Nacional, para que la misma sea sancionada y puesta en marcha, para lograr que las obras sociales nacionales financien dicha terapia.

I.3. Principios Terapéuticos

Según Renate Bender (2011) la equinoterapia se basa en la transmisión del movimiento del caballo hacia el paciente, desde el lomo del caballo hacia el tronco de la persona, siendo el mejor lugar del lomo la parte más baja de la curvatura. El movimiento del caballo es multidimensional, en dirección de arriba hacia abajo, desde adelante hacia atrás, hacia los lados y rotaciones. El movimiento de desplazamiento del caballo es similar al de la marcha humana, ya que el caballo desplaza sus patas en forma diagonal. En la caminata humana los movimientos de la pelvis provocan respuestas compensatorias en la columna y la cintura escapular, lo que produce una rotación contraria entre la pelvis y el hombro. El lomo del caballo exige a la persona los mismos movimientos compensatorios de su tronco, que son propios del caminar. El

movimiento del caballo, produce una rotación de la columna lumbar humana, una inclinación lateral, y una compresión y descompresión de las vértebras mediante un bombeo sobre el disco intravertebral.

La caminata humana según Bender (2011) es el resultado de una compleja combinación de posturas automáticas y voluntarias. Las variables que determinan el desarrollo de la marcha en el ser humano son:

- Movimientos verticales de la pelvis al caminar
- Rotación de la pelvis
- Desplazamiento lateral de la pelvis
- Flexión y extensión de rodillas
- Movimientos de pie y talón

La equinoterapia es el único tratamiento en que el paciente está expuesto a movimientos físicos idénticos a los de la marcha humana (Gross, 2006).

Es decir, enfrenta el tratamiento activamente debido a que su centro de gravedad varía constantemente, por lo tanto, el niño debe reaccionar frente a los estímulos del caminar rítmico del caballo, lo que le exige adaptarse. Esta reacción es muscular, por lo que mejora el tono muscular, la postura, el equilibrio y la coordinación.

Existen tres principios terapéuticos según Gross (2006) dentro de la equinoterapia, que actúan en todo momento sobre el jinete, estos son:

- **Transmisión del calor corporal del caballo:** El caballo en descanso posee una temperatura de entre 37.5°C y 38.5°C, y durante la actividad la temperatura del caballo puede elevarse hasta 41.5°C. La temperatura del caballo, se utiliza como una especie de termoterapia para distender los músculos espásticos, por esta razón se debe trabajar sin silla solo con una manta corta de los lados o, si el lomo del caballo está muy bien musculado a pelo.

- **Transmisión de impulsos rítmicos del dorso del caballo al jinete:** son transmitidos por el lomo y el costado del caballo. Con el paso del caballo se transmiten entre 90 y 110 impulsos por minuto a la pelvis del jinete, los cuales aumentan en cantidad e intensidad en el trote. Estos impulsos fisiológicos se propagan hacia arriba por medio de la columna vertebral hasta la cabeza, provocando en el jinete las reacciones de enderezamiento y equilibrio, activadas por las compensaciones corporales. También se origina un ligero masaje sobre las piernas del jinete ya que las mismas están en contacto con los músculos ventrales del caballo, lo que puede beneficiar el sistema circulatorio de las piernas.

- **Transmisión de un patrón de locomoción tridimensional equivalente al patrón fisiológico de la marcha humana:** se generan tres movimientos de la pelvis al mismo tiempo los cuales son:

- Movimientos verticales de la pelvis, con movimientos laterales de la pelvis, y una flexión lateral de la columna vertebral lumbar en relación con el sacro, lo que produce tanto en las articulaciones de la pelvis y de las piernas aducción y abducción.
- Movimientos horizontales de la pelvis de adelante hacia atrás, provocando en las articulaciones pélvicas extensión y flexión.
- Una rotación del cinturón pélvico alrededor de la línea vertical del cuerpo, y una rotación de la columna vertebral lumbar, lo que da como resultado una rotación interna y externa de las articulaciones pélvicas.

El humano utiliza dicho patrón fisiológico tridimensional transmitido por el movimiento del lomo del caballo durante la marcha, es por eso que la transmisión del patrón de la marcha se activa en todo momento para todos los jinetes. (Gross, 2006)

El propósito de este principio terapéutico es grabar y automatizar el patrón fisiológico de la marcha, además de restablecer o mantener la flexibilidad y elasticidad de los ligamentos pélvicos, disolver contracturas musculares de distintos orígenes, y propiciar un balance dinámico del tronco y la cabeza para reconstruir el equilibrio corporal. (Gross, 2006).

I.4. Beneficios

Más allá de los principios terapéuticos de la equinoterapia, existen también diversos beneficios, los mismos se pueden dividir en neuromotores, sensomotores, sociomotores y funcionales, los cuales son (Gross 2.006):

I.4.1.Efectos neuromotores

- Regulación del tono muscular.
- Disminución de reflejos tónicos y reacciones asociadas.
- Grabación y automatización del patrón de locomoción.

I.4.2. Efectos sensomotores

- Desarrollo de la sensopercepción táctil.
- Desarrollo del equilibrio.
- Simetría corporal.
- Incremento de elasticidad, agilidad y fuerza muscular.

I.4.3. Efectos sociomotores

- Desarrollo de la comunicación.
- Aumento de atención y concentración.
- Confrontación de temores.
- Autoconfianza y autoestima.
- Disminución de impulsos agresivos.

I.4.4. Efectos funcionales

- Estimulación del sistema circulatorio.
- Estimulación del sistema respiratorio.

Los beneficios anteriormente nombrados, pueden lograrse en personas con diversas patologías, como por ejemplo déficit sensorial, distrofia muscular, encefalopatía crónica no evolutiva, epilepsia, esclerosis múltiple, espina bífida, psicosis, retraso mental, síndrome de down, trastornos generalizados del desarrollo, entre otros (Gross, 2006).

Sin embargo, existen ciertas patologías que se encuentran contraindicadas para realizar equinoterapia, algunas de ellas son: insuficiencia cardíaca, vértigo, mareos, inflamación aguda de órganos internos, enfermedades contagiosas e infecciosas, alergia al pelo de caballo, epilepsia no controlada, etapa aguda de accidente cerebro vascular, inestabilidad intracraneal, presión intracraneal (tumor, hidrocefalia), debilidad mental severa, lesiones medulares, o luxación de caderas, entre otras (Gross, 2006).

I.5. Asiento de montar

Según Deutsche Reiterlich Vereinigung (Citado por Gross, 2006) para lograr una óptima adaptación del jinete a los movimientos del caballo hacia adelante o hacia los lados en el asiento de montar se requiere las siguientes características:

- El peso del tronco debe descansar sobre el punto central entre las piernas, entre el pubis y el ano.
- La columna vertebral se debe enderezar junto con la cabeza, nivelando las curvaturas fisiológicas naturales de la columna vertebral.
- Los hombros deben estar relajados y abiertos hacia atrás juntando los omóplatos.
- Los brazos caen naturalmente a la altura de los costados, flexionando los codos en un ángulo entre 90° y 140° aproximadamente.
- Las piernas caen con su peso natural a los costados del caballo, ligeramente volteadas hacia adentro para poder abrazar al caballo con la rodilla y la pantorrilla.
- La punta del pie se debe elevar ligeramente en todo momento para que el talón sea el punto más bajo del jinete.

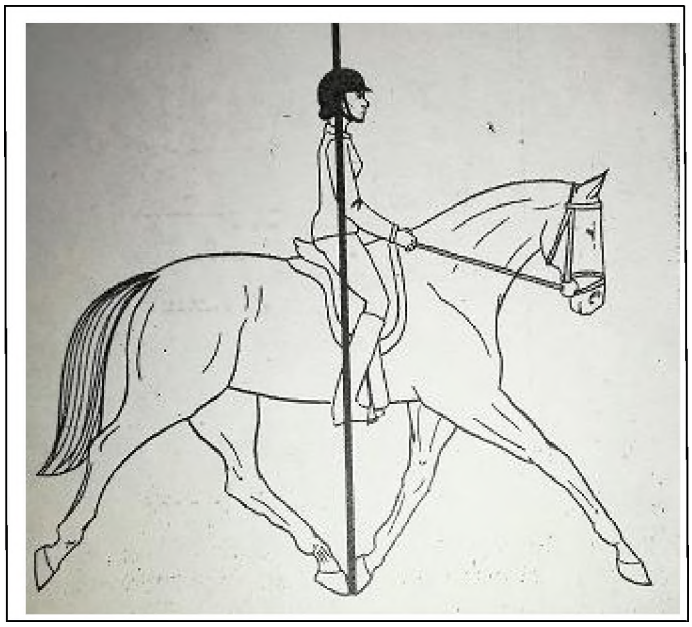
Siguiendo los conceptos de Gross (2006) para lograr lo anteriormente planteado es absolutamente indispensable adoptar dos alineaciones corporales, señal de la correcta postura: alineación vertical y horizontal.

La misma también refiere que el asiento de montar profundo, es un asiento dinámico, en el cual el jinete busca la coincidencia de su centro de gravedad con el centro de gravedad del caballo, que a su vez trata de conseguir lo mismo en todo momento.

La autora afirma que el centro de gravedad del humano está situado exactamente en la segunda vértebra sacra. El peso del cuerpo del jinete descansa sobre la pelvis, que se adapta a los impulsos del lomo del caballo en

todos sus movimientos posibles. Para lograr esto es indispensable colocar el cuerpo de tal manera que se forme una línea vertical, la línea de gravedad, que pasa por el centro de gravedad. Trazando una línea imaginaria vertical, que pasa de las orejas sobre el hombro, el codo, la pelvis y el tobillo. A continuación se muestra una imagen de la correcta alineación vertical del jinete:

Figura N° 1 Alineación vertical con el jinete

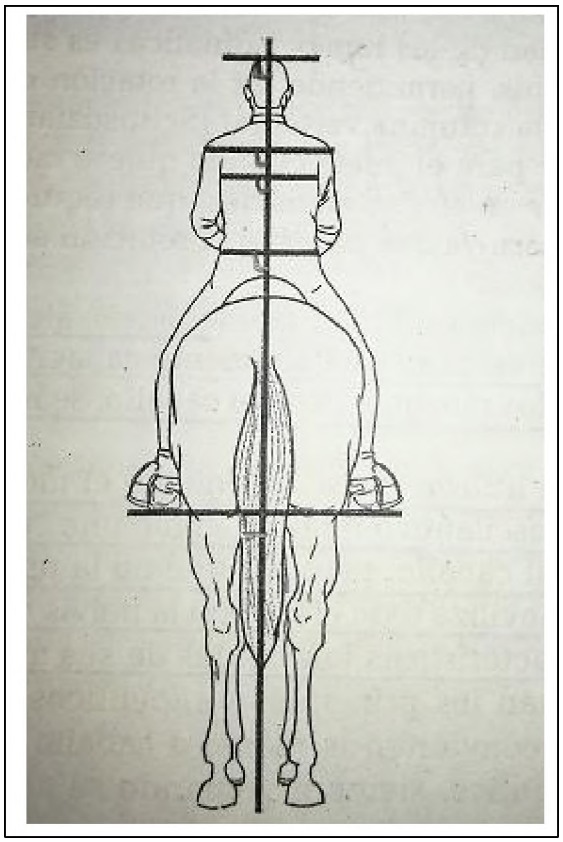


Fuente: Gross Naschert, E. (2006). "Equinoterapia: la rehabilitación por medio del caballo". Editorial Trillas Sa De Cv. (Primera Edición).

Sin embargo, según lo planteado por Gross (2006), no es suficiente mantener sólo la alineación vertical, es indispensable considerar también la alineación horizontal. Ésta se comprueba trazando una línea vertical imaginaria sobre el eje del cuerpo del jinete, la columna, y cruzarla por líneas imaginarias horizontales a la altura de la cabeza, los hombros, las axilas, la cintura y los pies. Si todos los ángulos entre la línea vertical y las horizontales forman 90°, entonces el cuerpo del jinete está en simetría, y sus dos lados del cuerpo se

encuentran en perfecto equilibrio. Siguiendo lo expuesto por la autora anteriormente nombrada a continuación se puede observar la correcta alineación horizontal del asiento profundo:

Figura N° 2: Alineación Horizontal del asiento profundo



Fuente: Gross Naschert, E. (2006). "Equinoterapia: la rehabilitación por medio del caballo". Editorial Trillas Sa De Cv. (Primera Edición).

La autora plantea que el asiento de montar profundo adquiere suma importancia en la equinoterapia, debido que el contacto del jinete con los impulsos del lomo del caballo es directo. Mantener las alineaciones correctas juega un papel importante en la equinoterapia, debido que de ellas dependen los logros fisioterapéuticos que se intentan alcanzar en la terapia, de los cuales el más importante es la movilización del cinturón pélvico en el patrón de la

marcha, provocado por el movimiento del lomo del caballo. La pelvis del jinete realiza los movimientos como si la persona estuviera caminando. Para individuos con disfunciones locomotoras, presentes en la ECNE, este patrón de marcha que transmite el caballo es de suma importancia, porque les da la oportunidad de aprender y automatizar este movimiento característico y después transferirlo a la marcha en el piso.

Además según Gross (2006) si se trabaja con una persona con un alto grado de espasticidad en los miembros inferiores, pero flácido en el tronco, es conveniente utilizar una monta gemela, debido a que en esta técnica el terapeuta se sienta atrás del jinete y puede dar apoyo y sostén al tronco hasta que se haya fortalecido lo suficiente para mantenerse erguido por sí mismo. También se puede utilizar una monta gemela cuando el jinete exhibe flacidez generalizada siendo hipotónico. Mientras que cuando el jinete es capaz de mantener el tronco por sí mismo, se encuentra en condiciones de realizar una monta independiente.

I.6. Ejercicios

Por otro lado, Gross (2.006) plantea que durante la sesión de equinoterapia se pueden realizar diversos ejercicios neuromusculares, los mismos deben realizarse con el caballo en alto o en paso, dichos ejercicios son:

- Acostarse hacia atrás en las ancas del caballo, para ejecutar dicho ejercicio se requiere un alto grado de confianza en sí mismo, en el profesional, y en el caballo. Repetir dicho ejercicio varias veces fortalece además los músculos abdominales y en muy útil para jinetes con bajo tono e inestabilidad de tronco y cabeza.

- Acostarse sobre el abdomen, atravesado horizontalmente encima del lomo del caballo, el mismo promueve la extensión de eventuales

músculos contracturados de la espalda beneficiando en especial a la persona con lordosis, desarrolla la confianza en el caballo y en sí mismo, y además activa los movimientos del intestino debido a que se reciben los estímulos del lomo del caballo en forma de masaje suave. Por último este ejercicio favorece la relajación del jinete.

- El jinete puede realizar otro ejercicio al tomar el asiento de montar al revés con la cabeza en dirección a la grupa del caballo, esto mejora el equilibrio vertical, fortalece las cadenas musculares rectas, estabiliza el tronco y cabeza, y aumenta la atención y concentración del niño.

- También es posible pedir al jinete que toque la punta del pié con la mano opuesta como un patrón cruzado, para trabajar así las cadenas cruzadas, lo cual integra ambos hemisferios cerebrales, fortalece los aductores, aumenta la elasticidad del cinturón pélvico, combate el pánico a la caída, y requiere confianza en las propias habilidades.

CAPÍTULO II

NIÑEZ

II.1. Definición de niñez

La Convención de los Derechos del Niño es un tratado internacional, firmado en el año 1989, donde se reconoce los derechos humanos de los niños y las niñas, definidos como personas menores de 18 años. La Convención establece en forma de Ley internacional que los Estados partes deben asegurar que todos los niños y niñas, sin ningún tipo de discriminación, se beneficien de una serie de medidas especiales de protección y asistencia; tengan acceso a servicios como la educación, la atención de la Salud; pueden desarrollar plenamente sus personalidades, habilidades y talentos; crezcan en un ambiente de felicidad, amor y comprensión; y reciban información sobre la manera en que pueden alcanzar sus derechos y participar en el proceso de una forma accesible y activa.

Siguiendo los conceptos de la convención de los Derechos del Niño (1989) se entiende por niño a "toda persona menor de 18 años, a menos que las leyes pertinentes reconozcan antes la mayoría de edad".

II.2. Desarrollo cognitivo del niño

Las fases de desarrollo del niño expuestas por Piaget (2007) forman una secuencia de cuatro períodos etapa sensorio motora o sensorio-motriz; etapa pre-operacional; etapa de las operaciones concretas; y etapa de las operaciones formales.

Siguiendo los conceptos de Piaget (2007), a continuación se detallará cada etapa.

II.2.2 Etapa sensorio-motora o sensorio-motriz

Se trata de la primera fase en el desarrollo cognitivo, y para Piaget tiene lugar entre el momento del nacimiento y la aparición del lenguaje articulado en oraciones simples (hacia los dos años de edad). Lo que define esta etapa es la obtención de conocimiento a partir de la interacción física con el entorno inmediato. Así pues, el desarrollo cognitivo se articula mediante juegos de experimentación, muchas veces involuntarios en un inicio, en los que se asocian ciertas experiencias con interacciones con objetos, personas y animales cercanos.

Los niños que se encuentran en esta etapa de desarrollo cognitivo muestran un comportamiento egocéntrico en el que la principal división conceptual que existe es la que separa las ideas de "yo" y de "entorno". Los niños que están en la etapa sensorio-motora juegan para satisfacer sus necesidades mediante transacciones entre ellos mismos y el entorno.

II.2.2 Etapa pre-operacional

Es la segunda etapa del desarrollo cognitivo, y siguiendo los conceptos de Piaget aparece más o menos entre los dos y los siete años.

Las personas que se encuentran en la fase pre-operacional empiezan a ganar la capacidad de ponerse en el lugar de los demás, actuar y jugar siguiendo roles ficticios y utilizar objetos de carácter simbólico. Sin embargo, el egocentrismo sigue estando muy presente en esta fase, lo cual se traduce en

serias dificultades para acceder a pensamientos y reflexiones de tipo relativamente abstracto.

Además, en ésta etapa aún no se ha ganado la capacidad para manipular información siguiendo las normas de la lógica para extraer conclusiones formalmente válidas, y tampoco se pueden realizar correctamente operaciones mentales complejas típicas de la vida adulta (de ahí el nombre de este período de desarrollo cognitivo).

II.2.3. Etapa de las operaciones concretas

Aproximadamente entre los siete y los doce años de edad se accede al estadio de las operaciones concretas, una etapa de desarrollo cognitivo en el que empieza a usarse la lógica para llegar a conclusiones válidas, siempre y cuando las premisas desde las que se parte tengan que ver con situaciones concretas y no abstractas. Además, los sistemas de categorías para clasificar aspectos de la realidad se vuelven notablemente más complejos en esta etapa, y el estilo de pensamiento deja de ser tan marcadamente egocéntrico.

II.2.4. Etapa de las operaciones formales

La fase de las operaciones formales es la última de las etapas de desarrollo cognitivo propuestas por Piaget, y aparece desde los doce años de edad en adelante, incluyendo la vida adulta.

Es en este período en el que se gana la capacidad para utilizar la lógica para llegar a conclusiones abstractas que no están ligadas a casos concretos

que se han experimentado de primera mano. Por tanto, a partir de este momento es posible analizar y manipular deliberadamente esquemas de pensamiento, y también puede utilizarse el razonamiento hipotético deductivo.

II.3.Enfoque constructivista

Tal y como explica Bertrand Regader en su artículo sobre la teoría del aprendizaje de Jean Piaget, el aprendizaje es para este psicólogo un proceso de construcción constante de nuevos significados, y el motor de esta extracción de conocimiento a partir de lo que se sabe es el propio individuo. Por lo tanto, para Piaget el protagonista del aprendizaje es el propio aprendiz. Este planteamiento es llamado enfoque constructivista, y enfatiza la autonomía de la que disponen los individuos a la hora de interiorizar todo tipo de conocimientos; según este, es la persona quien sienta las bases de su propio conocimiento, dependiendo de cómo organiza e interpreta la información que capta del entorno.

CAPITULO III

ENCEFALOPATÍA CRÓNICA NO EVOLUTIVA (ECNE)

III.1. Definición de ECNE

Se define a la ECNE como un "trastorno del movimiento y de la postura debido a un defecto o lesión del cerebro inmaduro". La lesión cerebral no es progresiva y causa un deterioro variable de la coordinación de la acción muscular, que da como resultado una incapacidad en el niño para mantener posturas y realizar movimientos normales (Bax, 1964).

Según la Academia Americana (1976) de encefalopatía crónica no evolutiva, se denomina así "a toda anormalidad de la función motora debida a un defecto, lesión o enfermedad del sistema nervioso contenido en la cavidad craneana".

El Consenso Argentino de ECNE (2000) plantea que dicho término "es utilizado para describir diferentes síndromes de discapacidad física. Los niños afectados presentan un control anormal del movimiento y la postura por una alteración del desarrollo cerebral. Se manifiesta en los primeros años y no es progresiva. Aquellos más afectados padecen frecuentemente otros problemas neurológicos tales como retraso intelectual, epilepsia, problemas visuales y/o auditivos".

En el año 2007 Paneth, Levinton, Goldstein y Bax plantearon que la ECNE "es un grupo de trastornos permanentes del desarrollo del movimiento y de la postura, que causan limitaciones en la actividad y que son atribuidos a alteraciones progresivas ocurridas en el desarrollo cerebral del feto o del lactante. Los trastornos motores de la parálisis cerebral están a menudo acompañados por alteraciones de la sensación, percepción cognición,

comunicación y conducta, por epilepsia y por problemas musculoesqueléticos secundarios"

Según Pilar Poo Argüelles (2008) la ECNE "es un grupo de trastornos del desarrollo del movimiento y la postura, causantes de limitaciones de la actividad, que son atribuidos a una agresión no progresiva sobre un cerebro en desarrollo, en la época fetal o en los primeros años. Dicho trastorno con frecuencia se acompaña de trastornos sensoriales, cognitivos, de la comunicación, perceptivos y/o de conducta".

En el año 2012, durante el segundo congreso Argentino de discapacidad en pediatría se planteó que: "a la ECNE la conforman un grupo de síndromes neurológicos residuales, producidos por lesiones no progresivas que acontecen en un sistema nervioso central inmaduro, debido a la acción de diversas noxas prenatales, perinatales y postnatales, que se manifiestan esencialmente por trastornos de la función motora a veces aislada pero por lo general asociada a diversas trastornos de la esfera psíquica, sensorial y/o del lenguaje".

III.2. Diagnóstico temprano:

Según Yelin (1997) el diagnóstico temprano de la ECNE se basa esencialmente en los siguientes aspectos:

- La historia clínica: además de los antecedentes de alto riesgo, frecuentes en estos pacientes, es importante tener en cuenta la presencia de un desfase madurativo. Es decir, un retraso en la adquisición de las pautas madurativas motoras y la normalidad o

precocidad de los patrones madurativos en los otros campos de la conducta.

- El examen neurológico exhaustivo: requiere principalmente el conocimiento del desarrollo motor, el rango de las variaciones normales y una adecuada interpretación de la desaparición de los refleos primitivos y la aparición de los definitivos.

III.3. Etiología

Según Lorente Hurtado (2007) es cada vez más evidente que la ECNE puede ser el resultado de la interacción de múltiples factores de riesgo, algunos de ellos pueden ser:

- **Factores prenatales:** la etiología prenatal es la causa más frecuente de ECNE, en niños a término, frecuentemente sobre todo en algunas formas clínicas (hemiparesia o ataxia). Las causas pueden ser infecciones intrauterinas, procesos vasculares, malformaciones cerebrales de etiología diversas, causas genéticas, entre otras.

- **Factores perinatales:** Las causas más comunes pueden ser hemorragia cerebral asociada sobre todo a prematurez y bajo peso, encefalopatía hipóxica isquémica, trastornos circulatorios, infecciones como por ejemplo meningitis, y trastornos metabólicos como por ejemplo hipoglucemia.

- **Factores postnatales:** Se debe a causas como por ejemplo meningitis, encefalitis, accidentes vasculares, traumatismos, casi ahogamientos, entre otros.

III.4. Epidemiología

Teniendo en cuenta datos oficiales consultados en la Organización Mundial de la Salud (2017) en Argentina hay un total de 42.912.000 habitantes, de los cuales 6.436.800 son habitantes con discapacidad, y entre ellos hay un total de 643.680 habitantes con ECNE.

A través del rastreo realizado en Hospitales, Indec y Zona Sanitaria VIII, ente gubernamental dependiente del Ministerio de Salud que comprenden los partidos de Ayacucho, Balcarce, General Pueyrredón, Lobería, General Guido, General Lavalle, General Madariaga, Maipú, Mar Chiquita, Necochea, Partido de la Costa, Pinamar, San Cayetano, Tandil y Villa Gessell, no existen registros locales acerca de la incidencia de la ECNE en la Argentina.

III.5. Características

El factor común en todos estos trastornos es la interrupción del desarrollo del encéfalo que lleva al daño cerebral, y que a su vez va a dejar como consecuencia de una interferencia en el mecanismo normal del reflejo postural, una hipertonía espástica o rígida con espasmos intermitentes, desviaciones anormales en la inervación recíproca y patrones anormales de coordinación debido a la liberación de reflejos posturales anormales que van a

depender para su manifestación del sitio donde se encuentra la lesión (Bobath, 2001).

Siguiendo los conceptos de Bobath (2001), sumado a todo lo anteriormente descripto el niño con ECNE presenta ausencia y/o persistencia de la actividad refleja primaria y presencia de reflejos patológicos. Lo cual lleva a que el niño no disponga de facultades normales para desarrollar destrezas funcionales, ni tampoco experiencias sensoriomotoras ricas sobre las cuales basar el desarrollo futuro.

Por consiguiente un niño con la mencionada patología se verá limitado por su dificultad de movimiento o inmovilidad siendo imposible la correcta exploración de su propio cuerpo. El niño, que podrá moverse de un modo distorsionado, presentará dificultades en el desarrollo de la percepción corporal con sus futuras consecuencias en el desarrollo motor.

Es por eso que este impedimento motor central se asocia con frecuencia con afección del lenguaje, de la visión y de la audición, con diferentes tipos de alteraciones en la percepción, cierto grado de retardo metal y/o epilepsia (Bobath, 2001).

III.6. Clasificación

Según Bobath (2001) dentro de las ECNE existen diferentes tipos, los cuales son clasificados de acuerdo al tono postural, tipo de alteración de la inervación recíproca y a la distribución de la enfermedad. Los mismos son:

- **Atáxica:** De forma pura es rara, al comienzo no se reconoce con facilidad en tanto no puede diferenciarse de un niño torpe. La hipotonía inicial se modifica, el niño posteriormente desarrolla atetosis o espasticidad, o en forma infrecuente una diplejía atáxica con espasticidad.

- **Atetósica:** El niño atetoide presenta un inestable y fluctuante tipo de tono postural. En los casos puros, el tono postural básico es inferior al normal y la amplitud de la fluctuación varia ampliamente en el niño individual, dependiendo de la severidad. Estos niños carecen de un tono postural sostenido y de estabilidad, debido a la alteración de la inervación recíproca. Además carecen de co-contracción proximal, por esta razón no pueden mantener una posición estable contra la gravedad. Por último, cabe destacar que su incapacidad para controlar sus movimientos y para dar fijación postural al segmento corporal que se mueve interfiere en la realización de destrezas manuales.

- **Hipertónica:** Presenta hipertonía de carácter permanente incluso en reposo. El grado de espasticidad varía de acuerdo al estado general del niño, es decir, su excitabilidad y la intensidad de la estimulación a la que está sujeto en todo momento. Si la espasticidad es grave, el niño se encuentra más o menos fijo en unos pocos patrones típicos de movimiento debido al grado severo de co-contracción de las partes comprometidas.

Cuando hay espasticidad el sistema nervioso central impide la relajación e inhibición del movimiento, lo que se manifiesta en el aumento del tono, y resistencia en la extensión muscular y dificultad para relajarla. Además se producen reflejos patológicos y patrones posturales y de movimientos anormales.

- **Hipotónica:** Es el tipo de ECNE menos frecuente, y se caracteriza por una hipotonía muscular con hiperreflexia osteotendinosa, que persiste más allá de los 2 o 3 años y que no se debe a una patología neuromuscular.

Teniendo en cuenta lo anteriormente planteado y siguiendo la teoría de Bobath (2001), cabe destacar que además del cuadro, cada tipo de ECNE puede dividirse según su distribución corporal:

- **Cuadriplejía:** hay una afectación de ambos miembros superiores y de ambos miembros inferiores. No hay control de cabeza y suele haber trastornos del lenguaje y de la coordinación ocular.

- **Diplejía:** Está afectado todo el cuerpo, pero los miembros inferiores más que los miembros superiores. En general los niños controlan la cabeza y presentan un compromiso moderado a leve de las extremidades superiores. No es común que se afecte el habla.

- **Hemiplejia:** afección en plano sagital de la mitad del cuerpo, estos niños suelen ser espásticos.

- **Monoplejia:** afección de un solo miembro, ya sea superior o inferior, derecho o izquierdo.

- **Paraplejia:** hay una afección en el plano horizontal por encima de la cintura pélvica.

Dentro de la clasificación, también se debe tener en cuenta los grados de compromiso, los cuales pueden ser severo, moderado o leve (Bobath, 2001).

III.7. Alteraciones asociadas

Como se dijo anteriormente los niños con este tipo de patología, pueden presentar problemas asociados, como por ejemplo en alimentación, audición, visión, comunicación, y retraso mental (Bobath, 2001).

- **Alimentación:** el niño puede ser incapaz de coordinar succión y deglución, tolerar los alimentos sólidos, morder y masticar los distintos alimentos, debido a que los reflejos orales y primitivos generalmente no están integrados, además de estar afectado también por problemas de integración sensorial y tono muscular.

- **Audición:** Se pueden presentar dos tipos de problemas neurosensorial y/o de conducción, variando de leve a profundo la percepción sonora del niño.

- **Visión:** Puede incluir problemas en la agudeza, limitaciones en el seguimiento, movimiento, coordinación y estrabismo. También son frecuentes limitaciones visuoperceptivas.

- **Comunicación:** Puede tener dificultad para producir un lenguaje comprensible, como consecuencia del trastorno del movimiento de la lengua, de los labios y respiratorio.

- **Retraso mental:** El cual puede ser leve, moderado o severo.

Junto con el trastorno motor por lo general estos niños muestran con frecuencia alteraciones en el campo táctil y visual, déficit en su propio cuerpo y de sus posibilidades de acción, así como una pobre idea de la disponibilidad de material, de la forma y la maniobrabilidad de los elementos que lo rodean (Bobath, 2001).

CAPÍTULO IV

CALIDAD DE VIDA

IV.1. Calidad de vida

Según Hunt (1997) durante la década del 70 el término calidad de vida se usó indistintamente para nombrar innumerables aspectos diferentes de la vida como estado de salud, función física, bienestar físico (síntomas), adaptación psicosocial, bienestar general, satisfacción con la vida y felicidad.

La Real Academia Española plantea que la calidad de vida *"es un conjunto de condiciones que contribuyen a hacer la vida agradable, digna y valiosa".*

Mientras que La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1996) define a la calidad de vida como *"la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de forma compleja por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno".*

En sus inicios, la calidad de vida se refería al cuidado de la salud personal, posteriormente se centró en una preocupación por la salud e higiene pública y después hizo alusión a los derechos humanos tanto laborales como ciudadanos. Conforme se consolidaba el concepto se fueron incluyendo el acceso a bienes económicos, hasta que finalmente se tomó en consideración la percepción de cada sujeto sobre su propio estado de salud, vida social y actividad cotidiana (Vinaccia y Orozco, 2005).

Actualmente no existe una sola definición clara sobre el concepto de calidad de vida. Sin embargo lo que sí está claro es que la calidad de vida se considera como una combinación de elementos objetivos y subjetivos, en donde la evaluación individual juega un papel muy importante. Debido a las diferencias culturales, es preciso entender también que la definición de calidad de vida variará en función del contexto, la época y el grupo social al que nos estemos refiriendo (Ardila, 2003).

Hoy en día diversos estudios demuestran que existe una relación bidireccional entre la calidad de vida y las enfermedades tanto físicas como mentales. Un ejemplo de ello son los hallazgos de la relación entre calidad de vida y los trastornos de ansiedad y depresión, en donde a menor calidad de vida existen niveles elevados de ansiedad y/o depresión y viceversa. Esto debido a la presencia de variables psicológicas como niveles elevados de estrés, bajo control sobre la propia vida, bajo apoyo social y desempeño personal, generando un nivel bajo de satisfacción y éxito en la vida, pobre regulación emocional, lo que finalmente afecta la calidad de vida (Padilla, 2005).

Según González Pérez (2006) el concepto de calidad de vida se puede desglosar en niveles de particularidad hasta llegar a su expresión singular en el individuo, y esto es posible porque la calidad de vida no se mide, sino que se valora o se estima a partir de la actividad humana, su contexto histórico, sus resultados y su percepción individual. De este modo las tres dimensiones que integralmente comprende la calidad de vida son:

- **Dimensión física:** es la percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad, y los efectos adversos del tratamiento.

  Dentro de dicha dimensión se encuentra:

-Marcha que es definida como "el paso bípedo que utiliza la raza humana para desplazarse de un lugar a otro, con bajo esfuerzo y un mínimo consumo energético". (Daza Lesmes, 2007)

-Postura, la misma es definida según Kendall y Kendall (1985) como "la composición de las posiciones de todas las articulaciones del cuerpo humano en todo momento".

-Equilibrio: el cual es "un término genérico que describe la dinámica de la postura corporal para prevenir las caídas, relacionado con las fuerzas que actúan sobre el cuerpo y las características inerciales de los segmentos corporales" (Winter, 1995). Existen tres categorías de equilibrio y que están determinadas por las fuerzas que actúan sobre un cuerpo. Equilibrio estático, cuando un cuerpo está en reposo o no se desplaza. Equilibrio cinético, cuando el cuerpo esta movimiento rectilíneo y uniforme. Equilibrio dinámico cuando intervienen fuerzas inerciales, es decir en movimientos no uniformes, donde un cuerpo parece estar en aparente desequilibrio pero no se cae. (López Elvira, 2008)

- **Dimensión psicológica:** Es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo, como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas, como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento.

  Dentro de la dimensión psicológica se encuentra:

-Miedos: Se entiende por miedo según la Real Academia Española (2018) a la angustia por un riesgo o daño, sea éste real o imaginario.

-Autoestima: Es definida como "la valoración generalmente positiva de sí mismo" (Real academia Española, 2018).

-Ansiedad: Es definida según Virues (2005) como "un fenómeno que se da en todas las personas y que, bajo condiciones normales, mejora el rendimiento y la adaptación al medio social, laboral, o académico. Tiene la importante función de movilizarnos frente a situaciones amenazantes o preocupantes, de forma que hagamos lo necesario para evitar el riesgo, neutralizarlo, asumirlo o afrontarlo adecuadamente".

- **Dimensión social:** Es la percepción del individuo de las relaciones interpersonales y roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente y el desempeño laboral.

Dentro de dicha dimensión se encuentra:

-Relación: Según la Real Academia Española (2018) es la conexión, correspondencia, trato, comunicación de alguien con otra persona.

-Comunicación. Según Lomonosov (2013) es todo proceso de interacción social por medio de símbolos y sistemas de mensajes. Incluye todo proceso en el cual la conducta de un ser humano actúa como estímulo de la conducta de otro ser humano. Puede ser verbal, o no verbal, interindividual o intergrupal".

La calidad de vida incluye las siguientes características generales (OMS 1996):

- **Subjetividad:** cada ser humano tiene su propio concepto sobre la vida, sobra la calidad de vida y sobre la felicidad.
- **Universalidad:** las dimensiones de la calidad de vida son valores comunes a las diversas culturas.
- **Holístico:** la calidad de vida incluye todos los aspectos de la vida, repartidos en las tres dimensiones. El ser humano es un todo.
- **Dinámico:** dentro de cada persona, la calidad de vida cambia en periodos cortos de tiempo.
- **Interdependencia:** los aspectos o dimensiones de la vida están interrelacionados, de tal manera que cuando una persona se encuentra mal físicamente o enferma, le repercute en los aspectos psicológicos o afectivos y sociales.

Es fundamental entender la profundidad de este concepto, para poder valorar las condiciones de vida del hombre y la sociedad, para poder intervenir como profesionales de la salud, tanto en la enfermedad, la salud y el bienestar, y acercarnos a una experiencia más digna y saludable.

CAPÍTULO V

TERAPIA OCUPACIONAL (T.O.)

V.1 Definiciones de T.O.

Según Pérez de Heredia Torres (2004), analizando etimológicamente los dos componentes del término Terapia Ocupacional, terapia deriva de terapia (terapéutica, tratamiento, curación) y ocupación de occupatio (acción y efecto de ocupar)

Una de las primeras definiciones de T.O. es la de la Asamblea Representativa de la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA) en el año 1981 y plantea que:

"...Terapia ocupacional es el uso de la actividad propositiva, con individuos que se encuentran limitados por una lesión o enfermedad física, disfunción psicosocial, incapacidad del desarrollo o del aprendizaje, pobreza o diferencias culturales o por el proceso de envejecimiento, con los fines de maximizar la independencia, prevenir la incapacidad y mantener la salud. Su práctica incluye evaluación, tratamiento y consulta. Los servicios específicos de Terapia Ocupacional incluyen: enseñanza de las destrezas de la vida diaria, desarrollo de las destrezas perceptivo-motrices y del funcionamiento sensorial integrado, desarrollo de las destrezas del juego y de las capacidades pre-vocacionales y para el tiempo libre; diseño y fabricación o aplicación de aparatos ortésicos o protésicos seleccionados o equipamiento, utilización de actividades de artesanía y ejercicios especialmente diseñados para posibilitar el desempeño funcional; administración e interpretación de pruebas tales como el balance muscular y el grado de movilidad y adaptación del entorno para el

discapacitado. Estos servicios se proveen individualmente, en grupos o a través de sistemas sociales..." (Pérez Heredia Torres, 2004).

La Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT, 1993) define a la T.O. como "profesión que se ocupa de la Promoción de la Salud y el bienestar a través de la ocupación. El principal objetivo de la Terapia Ocupacional es capacitar a las personas para participar en las actividades de la vida diaria. Los terapeutas logran este resultado mediante la habilitación de los individuos para realizar aquellas tareas que optimizarán su capacidad para participar, o mediante la modificación del entorno para que éste refuerce la participación.

Los terapeutas ocupacionales poseen una formación extensa que les proporcionan las habilidades y los conocimientos para trabajar con aquellos individuos o grupos de población que sufren las afectaciones de una estructura corporal o función debido a algún cambio de salud, generando que experimente limitaciones en su participación.

Los terapeutas ocupacionales establecen que la participación podía estar facilitada o restringida por entornos físicos, sociales, actitudinales y legislativos. Por ello la práctica de la terapia Ocupacional podría estar dirigida a todos aquellos aspectos variables del entorno para mejorar la participación.

La T.O. según la Asociación Americana de Terapeutas Ocupacionales (2008):

"Es una profesión que brinda respuestas a personas, grupos y/o comunidades que presentan dificultades permanentes o transitorias para desarrollar las ocupaciones inherentes a su proyecto de vida".

Siguiendo los conceptos de Kielhofner (2006) los terapeutas ocupacionales prestan servicios a personas cuyo deterioro interfiere con la participación satisfactoria de sus ocupaciones cotidianas. Ya sea mediante la ayuda a un joven para recuperar la función manual en una actividad significativa desde el punto de vista cultural, la asistencia a los clientes para aprender y desarrollar habilidades, el apoyo a los niños para ejercitar su capacidad y creatividad, la enseñanza a adultos para comprometerse en una ceremonia tradicional o el adiestramiento a una persona mayor para mantener la independencia en su vestimenta, los terapeutas ocupacionales les posibilitan a las personas a ocuparse por su cuenta de sus deseos y circunstancias. Además refiere que los terapistas ocupaciones tienen en común la convicción de que estar ocupado en actividades significativas es fundamental para el bienestar.

Cabe destacar que según la segunda edición del Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional (2010), el cual es un documento oficial de la Asociación Americana de Terapeutas Ocupacionales, desarrollado para articular la contribución de la terapia ocupacional en la promoción de la salud, y la participación de las personas, organizaciones, y las poblaciones hacia un compromiso con la ocupación, la T.O. facilita las interacciones entre el cliente, el entorno o contexto y las actividades u ocupaciones con el fin de conseguir

que el cliente alcance el resultado deseado que respalde su edad y su participación en la vida. Los profesionales de la T.O. ponen en práctica la teoría, la evidencia, el conocimiento y las destrezas con respecto al uso terapéutico de las ocupaciones para impactar positivamente en la salud, el bienestar y satisfacción por la vida del cliente.

V.2 Incumbencias de la T.O.

En Junio de 1992 han sido aprobadas por la Resolución Nº 1061 del Ministerio de Cultura y Educación de la Nación las incumbencias de todas aquellas actividades que se consideran propias del ejercicio profesional de la profesión. Las mismas son descriptas a continuación:

- Elaborar, aplicar y evaluar métodos y técnicas de análisis de las actividades de automantenimiento, productividad y esparcimiento que realiza el hombre para determinar los requerimientos psicofísicos que implica el desarrollo de las mismas.
- Diseñar, implementar y evaluar métodos y técnicas de mantenimiento y desarrollo de las funciones psicofísicas.
- Participar en actividades interdisciplinarias destinadas al planeamiento, implementación y evaluación de acciones de estimulación temprana.
- Diseñar y elaborar equipamiento ortésico.
- Participar en la evaluación de equipamiento ortésico y protésico.

- Entrenar en la utilización del equipamiento ortésico y protésico.
- Diseñar y elaborar equipamiento personal y ambiental, fijo y móvil destinado a mejorar las posibilidades de autonomía de los individuos discapacitados.
- Asesorar a personas e instituciones respecto a las características y formas de utilización del equipamiento personal y ambiental, fijo y móvil destinado a mejorar las posibilidades de autonomía de los individuos discapacitados.
- Asesor a individuos discapacitados y a su familia, en lo referente a su autonomía personal social con el objeto de lograr su integración.
- Participar en el planeamiento, ejecución y evaluación de planes, programas y proyectos de rehabilitación profesional-laboral.
- Participar en el planeamiento, ejecución y evaluación de planes, programas y proyectos destinados al diagnóstico, prevención y tratamiento de las enfermedades de la población.
- Participar en la elaboración, implementación, y evaluación de planes, programas y proyectos de desarrollo comunitario que implique la utilización de las ocupaciones como instrumento de integración personal, social y laboral.
- Realizar arbitrajes y peritajes referidos a la evaluación de la capacidad funcional psíquica del sujeto y a los métodos y técnicas aplicados para el

mantenimiento, desarrollo y rehabilitación de dicha capacidad en individuos discapacitados.

- Realizar estudios e investigaciones relativos a los requerimientos funcionales de las actividades que realizan el hombre, a la evaluación de la capacidad funcional psicofísica del sujeto y a los otros métodos y técnicas de mantenimiento, desarrollo y rehabilitación de dicha capacidad.

- Planificar, organizar, dirigir y evaluar servicios de Terapia Ocupacional.

V.3. Áreas de ocupación

La ocupación ha sido definida por Hinojosa y Kramer (como se citó en el marco de trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional 2010) como:

"Actividades en las que la gente se compromete en la vida diaria para ocupar el tiempo y darle un sentido a la vida. Las ocupaciones incluyen habilidades y destrezas mentales, y puede o no tener dimensiones físicas observables"

El Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional (2010), plantea que la terapia ocupacional usa el término de ocupación para capturar la esencia y significado de "actividad diaria". La terapia ocupacional está basada en el conocimiento de que comprometerse con las ocupaciones organiza la vida diaria y contribuye a la salud y el bienestar.

De esta manera, siguiendo los conceptos del Marco de trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional (2010), cuando un profesional de terapia ocupacional trabaja con clientes, ellos consideran varios tipos de ocupaciones en las cuales el cliente se puede involucrar. Esos diversos tipos de ocupaciones en la vida de cada participante se denominan "áreas de ocupación", las cuales se dividen en:

- **Actividades de la vida diaria (AVD):** Según Rogers y Holm (Como se citó en el marco de trabajo para la práctica de terapia ocupacional 2010) son actividades que están orientadas al cuidado del propio cuerpo. Según Christiansen y Hammecker (Como se citó en el marco de trabajo para la práctica de terapia ocupacional 2010) *"Estas actividades son fundamentales para vivir en un mundo social, que permita la supervivencia y el bienestar"*

- **Actividades de la vida diaria instrumentales (AVDI):** Según el Marco de trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional (2010) son actividades de apoyo a la vida cotidiana en la casa y en la comunidad que a menudo requieren más interacciones complejas de las utilizadas en las actividades de auto-cuidado utilizadas en las AVD.

- **Ocio y tiempo libre:** Según Parmham y Fazio (Como se citó en el marco de trabajo para la práctica de terapia ocupacional 2010) es una actividad no obligatoria que está intrínsecamente motivada y en la cual se participa durante un tiempo no comprometido con ocupaciones obligatorias tales como trabajo, cuidado propio o dormir.

- **Participación social:** Según Mosey (Como se citó en el marco de trabajo para la práctica de terapia ocupacional 2010) son patrones de comportamiento organizados que son característicos y esperados de un individuo o de una posición determinada dentro de un sistema social.

- **Trabajo:** Según Mosey (Como se citó en el marco de trabajo para la práctica de terapia ocupacional 2010)) incluye las actividades necesarias para participar en un empleo remunerado o en una actividad de voluntariado.

- **Descanso y sueño:** Según el marco de trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional (2010) incluye las actividades relacionadas con obtener el sueño y un descanso restaurado que apoye la participación activa en otras áreas de ocupación.

- **Educación:** Según el Marco de trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional (2010) incluye las actividades necesarias para el aprendizaje y la participación en el ambiente.

- **Juego:** Según Parham y Fazio (Como se citó en el marco de trabajo para la práctica de terapia ocupacional 2010) es cualquier actividad organizada o espontánea que proporcione disfrute, entretenimiento o diversión.

Retomando el concepto de AVD cabe destacar que Según Moruno Miralles y Romero Ayuso (2002), las mismas son aquellas que se realizan todos los días, aquellas que tienen lugar cada día, que se hacen a diario. Lo que es

expresión de actividades cotidianas en Terapia Ocupacional. Este quehacer humano está orientado al cuidado y al mantenimiento del propio cuerpo, por lo cual está estrechamente vinculado con la supervivencia del individuo, debido a que satisface las necesidades vitales sin las cuales el ser humano, sin la intervención del otro no podría sobrevivir.

Esas actividades que diariamente se repiten presentan rasgos característicos, los mismos son:

- **Básicas:** un tipo de actividad sobre lo que se sustenta algo fundamental, esencial.
- **Sencillas:** Se definen por su sencillez, en contraposición a otras más complejas como las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria.
- **Personales:** orientadas al cuidado del propio cuerpo, automantenimiento, privadas e íntimas.

Cuadro N° 1: Clasificación de Actividades de la Vida Diaria según la AATO

Bañarse/ Ducharse	Obtener y utilizar suministros, enjabonarse, enjuagarse y secarse partes del cuerpo; mantener la posición en el baño y transferirse desde y hacia la bañera
Cuidado del intestino y la vejiga	Incluye el completo control intencional de los movimientos de los intestinos y de la vejiga urinaria, y de ser necesario, utilizar equipos o agentes de control de la vejiga.
Vestirse	Seleccionar las prendas de vestir y los accesorios adecuados a la hora del día, el tiempo y la ocasión; obtener prendas de vestir del área de almacenamiento; vestirse y desvestirse en secuencia; amarrarse y ajustarse la ropa y los zapatos, y aplicar y remover los dispositivos personales, prótesis u ortesis.
Comer	Capacidad para manipular y mantener los alimentos o líquidos en la boca y tragarlos
Alimentación	Proceso de preparar, organizar y llevar el alimento (liquido) del plato o la taza/vaso a la boca.
Movilidad Funcional	Moverse desde una posición, o lugar, a otro (durante la ejecución de actividades cotidianas), tales como moverse en la cama, en la silla de ruedas, y las transferencias (silla de ruedas, cama, coche, bañera, inodoro, ducha, silla o suelo). Incluye ambulación funcional y transportar de objetos
Cuidado de los	Usar, limpiar y mantener artículos de cuidado personal, tales

dispositivos de atención personal	como aparatos auditivos, lentes de contacto, gafas, ortesis, prótesis, equipo de ayuda técnica y los dispositivos anticonceptivos y sexuales.
Higiene y arreglo personal	Obtener y usar suministros; eliminar el bello corporal por ejemplo: usar navaja de afeitar, pinzas, lociones); aplicar y eliminar cosméticos; lavar, secar, peinar, dar estilo, cepillar y recortar el pelo; cuidar las uñas (manos y pies); cuidar la piel, oídos, ojos y nariz; aplicar el desodorante; limpiar la boca, cepillar dientes y usar hilo dental, o eliminar, limpiar y colocar ortesis y prótesis dentales.
Actividad sexual	Participar en actividades que busquen la satisfacción sexual
Aseo e higiene en el inodoro	Obtener y utilizar suministros; manejo de la ropa; mantener la posición en el inodoro; transferirse hacia y desde la posición para el uso del inodoro; limpiarse el cuerpo; y cuidar las necesidades de la menstruación y las necesidades de la continencia(incluyendo el uso de catéteres, colostomías y supositorios)

Moruno Miralles y Romero Ayuso exponen en su libro "actividades de la Vida Diaria" (2002) que "éste primordial y recurrente quehacer humano está estrechamente vinculado con la supervivencia del individuo, satisface las necesidades vitales sin las cuales el ser humano, sin la intervención de otros, no podría sobrevivir"

Según estos autores, en terapia ocupacional la experiencia de la discapacidad nos ha llevado a colocar a la A.V.D, en un lugar predominante dentro de la ocupación humana, dado que configuran el sustento de la autonomía e independencia personal. Actividades como el desplazamiento, el alcance y la manipulación de objetos o el control de esfínteres cobran un gran valor para las personas con grandes discapacidades.

"…La experiencia con la discapacidad; coloca en primer plano este tipo de actividades a la que normalmente no damos mayor importancia. Casi nadie repara el tiempo que se emplea en vestirse, ducharse, y mucho menos en el valor de esas actividades u otras similares, como desplazarse o alcanzar un objeto, hasta que no sufre una discapacidad que le impide hacerlas […] ciertamente suponen inversión de tiempo, cualquier impedimento u obstáculo que dificulte su realización o impida su desempeño eficaz implica algún grado de dependencia de otros, lo que a su vez supone una importante pérdida de la función individual…" (Moruno Miralles y Romero Ayuso 2005, pag.19).

En lo que respecta a las Actividades instrumentales de la Vida Diaria A.I.V.D, las mismas son definidas como "actividades de apoyo a la vida cotidiana en la casa y en la comunidad que a menudo requieren más interacciones complejas de las utilizadas en las actividades de auto-cuidado utilizadas en las A.V.D" (AOTA 2010).

Cuadro N° 2: Clasificación de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria según la AATO

Cuidados de otros (incluyendo la selección y supervisión de cuidadores)	Organizar, supervisar o proveer el cuidado de otros
Cuidado de mascotas	Organizar, supervisar o proveer la atención a mascotas y animales de servicio.
Facilitar la crianza de los niños	Proveer el cuidado y supervisión para respaldar las necesidades de desarrollo de un niño.
Gestión de la comunicación	Enviar, recibir e interpretar la información utilizando una variedad de sistemas y equipos, incluyendo herramientas de escritura, teléfonos, máquinas de escribir, grabadoras audiovisuales, ordenadores, tableros de comunicación, luces de llamadas, sistemas de emergencia, escritura en braille, dispositivos de telecomunicación para sordos y sistemas de comunicación aumentativa, y asistentes digitales personales.
Movilidad en la comunicación	Moverse por sí solo en la comunidad y usar el transporte público o privado, como conducir, caminar, andar en bicicleta, o acceder al autobuses, taxis u otros sistemas de transporte.
Gestiones financieras	Usar los recursos fiscales incluyendo métodos alternativos de transacciones financieras, y planificar o usar finanzas con

	objetivos a largo y corto plazo.
Gestión y mantenimiento de la salud	Desarrollar, manejar y mantener una rutina para la salud y la promoción del bienestar, tales como la salud física, la nutrición, disminuir de los comportamientos de riesgo para la salud y rutina de toma de medicamento.
Establecimiento y gestión del hogar	Obtener y mantener las posesiones personales y del hogar, y mantener el entorno (por ejemplo: domicilio, patio, jardín, electrodomésticos, vehículos) incluido el mantener y reparar los efectos personales (ropa y artículos del hogar) y saber cómo pedir ayuda o a quien contactar.
Preparación de la comida y limpieza	Planificar, preparar, servir comidas bien equilibradas y nutritivas; y la limpieza de los utensilios después de las comidas
Práctica de la religión	Participar en la religión, "un sistema organizado de creencias, prácticas, rituales y símbolos diseñados para facilitar la cercanía a lo sagrado o trascendental"
Mantenimiento de la seguridad y responder a la emergencia	Conocer y realizar procedimientos de prevención para mantener un entorno seguro, así como reconocer situaciones peligrosas, inesperadas y repentinas; e iniciar una acción de urgencia para reducir la amenaza a la salud y la seguridad.
Compras	Preparar la lista de la compra (comestibles y otros), seleccionar, adquirir y transportar los artículos; seleccionar los métodos de pago, y completar las transacciones monetarias.

V.4. Destrezas de ejecución

Dentro del Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional también se plantean las destrezas de ejecución, las cuales Fisher (Como se citó en el marco de trabajo para la práctica de terapia ocupacional 2010) las define como: *"acciones observables, concretas, dirigidas hacia una meta que utiliza el cliente para participar en las ocupaciones de la vida diaria"*.

Dentro de las destrezas de ejecución se encuentran:

- **Destrezas motoras y praxias:** según Fisher (Como se citó en el marco de trabajo para la práctica de terapia ocupacional 2010) *"Son acciones o comportamiento que utiliza un cliente para moverse e interaccionar físicamente con las tareas, objetos, contextos, y entornos. Incluye planificar, secuenciar y ejecutar movimientos nuevos y novedosos"*.

- **Destrezas sensoriales y perceptuales**: Según la Asociación Americana de Terapeutas Ocupacionales (Como se citó en el marco de trabajo para la práctica de terapia ocupacional 2010) *"Son acciones o comportamientos que utiliza el cliente para localizar, identificar y responder a estímulos, a través de sensaciones que incluyen las visuales, auditivas, propioceptivas, táctiles, olfativas, gustativas, y vestibulares"*.

- **Destrezas de regulación emocional**: Según la Asociación Americana de Terapeutas Ocupacionales (Como se citó en el marco de trabajo para la práctica de terapia ocupacional 2010) *"Son acciones o*

comportamientos que utiliza un cliente para identificar, manejar y expresar sus sentimientos mientras participa en actividades o interacciona con otros"

- **Destrezas cognitivas:** Según la Asociación Americana de Terapeutas Ocupacionales (Como se citó en el marco de trabajo para la práctica de terapia ocupacional 2010) *"Son acciones o comportamientos que utiliza un cliente para planificar y gestionar el desempeño de una actividad"*

- **Destrezas de comunicación y sociales:** Según Fisher (Como se citó en el marco de trabajo para la práctica de terapia ocupacional 2010) *"Son acciones o comportamientos que utiliza un cliente para comunicarse e interaccionar con otros en un ambiente interactivo"*.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Tipo de estudio y diseño de investigación

Basándose en lo que refiere Sampieri, Fernández- Collado y Baptista Lucio (2004) la presente investigación presenta un diseño no experimental debido a que la misma se llevó a cabo sin la manipulación de variables.

Además es un estudio de alcance exploratorio descriptivo, es exploratorio debido que la propuesta de esta investigación está dirigida a un área escasamente abordada por terapia ocupacional. Y es descriptivo debido que pretende conocer cuál es la percepción de los padres en relación a la calidad de vida de los niños a partir del inicio de la equinoterapia como terapia complementaria.

Según su dimensión temporal el presente trabajo presenta un diseño transeccional, debido a que los datos se recolectaron en un solo momento. La entrevista se llevó a cabo al momento de una de las sesiones o en un encuentro programado con la madre o padre del niño con ECNE.

El enfoque metodológico es cualitativo, debido que se pretende realizar descripciones detalladas de situaciones, eventos, personas e interacciones.

En cuanto a la naturaleza del objeto a investigar podemos decir que es un *trabajo de campo*. Los datos se obtuvieron directamente de la población a investigar, a través del instrumento anteriormente mencionado.

Población

La población con la que se trabajó son todos los padres de niños y niñas con el diagnóstico de ECNE que asisten a equinoterapia y habitan en la ciudad de Mar del Plata durante el año 2018.

Muestra y método de selección de la muestra

Para seleccionar la muestra se utilizó un procedimiento de tipo no probabilístico intencional, donde la unidad de la muestra se seleccionó en forma no aleatoria, y cuya intencionalidad estuvo dada por la selección de niños con características particulares, incluyéndose en el estudio a todos los padres de niños y niñas de entre 3 y 10 años con diagnóstico de ECNE que asistieron a los centros de equinoterapia Ayün y El Alba de la ciudad de Mar del Plata de acuerdo a los criterios de inclusión. Eliminando de la misma a todos los padres que tenga al menos uno de los criterios de exclusión.

Tamaño de la muestra

La muestra de la presente investigación estuvo constituida por 10 padres de niños con ECNE de entre 3 y 10 años que asistieron a los centros de equinoterapia Ayün y El Alba de la Ciudad de Mar del Plata entre los meses de Agosto y Septiembre del año 2018.

Cabe destacar que los centros de equinoterapia fueron seleccionados teniendo en cuenta la accesibilidad a los mismos. Por esta razón, se tuvieron en cuenta a tres centros de equinoterapia de la Ciudad de Mar del Plata que estuvieron dispuestos a colaborar con la investigación, pero solo dos de ellos como lo son los centros Ayün y El Alba cumplieron con las expectativas de la investigadora, debido a que poseen una forma de trabajo que coincide con los principios individuales de tratamiento buscados, excluyendo al centro de equinoterapia "La Marisa" por la metodología grupal de trabajo que no cumple con los requisitos para dicha investigación.

Criterios de inclusión y exclusión

Se incluyó a aquellos padres de niños de ambos sexos que tienen entre 3 y 10 años de edad, con ECNE que asisten hace más de seis meses a los centros de equinoterapia Ayün y El Alba de la ciudad de Mar del Plata durante los meses de Agosto y Septiembre del año 2018.

Se excluyó de la muestra:

- Todos los padres de niños menores de 3 años.
- Aquellos padres de niños mayores de 10 años.
- Padres de niños con otras patologías. Síndrome de Down, autismo, síndrome de Rubinstein, déficit atencional, hiperactividad.
- Padres de niños que comenzaron a asistir a los centros de equinoterapia hace menos de seis meses.

Dichos casos se excluyeron de la muestra debido a que no cumplen con los requisitos de la investigación llevada a cabo.

Unidad de análisis y unidad de muestreo

En la presente investigación la unidad de análisis fueron todos los padres de los niños con ECNE que realizan equinoterapia. Mientras que la unidad de muestreo estuvo dada por aquellos padres de niños con diagnóstico de ECNE que tienen entre 3 y 10 años de edad, y que concurrieron a los centros de equinoterapia Ayún y El Alba de la ciudad de Mar del Plata.

Variable de estudio

-Percepción de los padres sobre la calidad de vida.

Percepción de los padres sobre la calidad de vida:

Se evaluó lo que piensan los padres en relación a la calidad de vida. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1996) define a la misma como: *"es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de forma compleja por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno".*

Según González Pérez (2006) el concepto de calidad de vida se puede desglosar en niveles de particularidad hasta llegar a su expresión singular en el individuo, y esto es posible porque la calidad de vida no se mide, sino que se valora o se estima a partir de la actividad humana, su contexto histórico, sus resultados y su percepción individual. De este modo según González Pérez (2006) las tres dimensiones que comprende la calidad de vida son:

- **Dimensión física:** es la percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad, y los efectos adversos del tratamiento.

  Dentro de dicha dimensión se encuentra:

-Marcha que es definida como "el paso bípedo que utiliza la raza humana para desplazarse de un lugar a otro, con bajo esfuerzo y un mínimo consumo energético". (Daza Lesmes, 2007).

-Postura, la misma es definida según Kendall y Kendall (1985) como "la composición de las posiciones de todas las articulaciones del cuerpo humano en todo momento".

-Equilibrio: el cual es "un término genérico que describe la dinámica de la postura corporal para prevenir las caídas, relacionado con las fuerzas que actúan sobre el cuerpo y las características inerciales de los segmentos corporales" (Winter, 1995). Existen tres categorías de equilibrio y que están determinadas por las fuerzas que actúan sobre un cuerpo. Equilibrio estático, cuando un cuerpo está en reposo o no se desplaza. Equilibrio cinético, cuando el cuerpo esta movimiento rectilíneo y uniforme. Equilibrio dinámico cuando intervienen fuerzas inerciales, es decir en movimientos no uniformes, donde un cuerpo parece estar en aparente desequilibrio pero no se cae. (López Elvira, 2008).

- **Dimensión psicológica:** Es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo, como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro. También incluye las

creencias personales, espirituales y religiosas, como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento.

Dentro de la dimensión psicológica se encuentra:

-Miedos: Se entiende por miedo según la Real Academia Española (2018) a la angustia por un riesgo o daño, sea éste real o imaginario.

-Autoestima: Es definida como "la valoración generalmente positiva de sí mismo" (Real academia Española, 2018).

-Ansiedad: Es definida según Virues (2005) como "un fenómeno que se da en todas las personas y que, bajo condiciones normales, mejora el rendimiento y la adaptación al medio social, laboral, o académico. Tiene la importante función de movilizarnos frente a situaciones amenazantes o preocupantes, de forma que hagamos lo necesario para evitar el riesgo, neutralizarlo, asumirlo o afrontarlo adecuadamente".

- **Dimensión social:** Es la percepción del individuo de las relaciones interpersonales y roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente y el desempeño laboral.

  Dentro de dicha dimensión se encuentra:

  -Relación: Según la Real Academia Española (2018) es la conexión, correspondencia, trato, comunicación de alguien con otra persona.

-Comunicación: Según Lomonosov (2013) es todo proceso de interacción social por medio de símbolos y sistemas de mensajes. Incluye todo proceso en el cual la conducta de un ser humano actúa como estímulo de la conducta de otro ser humano. Puede ser verbal, o no verbal, interindividual o intergrupal".

Técnicas de recolección de datos

Durante la investigación los datos fueron recolectados por medio de la observación directa y una entrevista estructurada.

La observación directa fue realizada en los meses de Agosto y Septiembre del 2018, durante las sesiones de equinoterapia de los niños con diagnóstico de ECNE, en los centros de Ayün y El Alba. Durante las mismas se observó y se tomó nota sobre los aspectos claves a tener en cuenta en el niño, como por ejemplo su actitud a la hora del inicio y de la finalización de la sesión de equinoterapia.

La observación directa es definida según Sierra (1999) como "una técnica de recogida de información en la que el observador se pone en contacto directo y personalmente con el fenómeno a observar. De esta forma se obtiene información de primera mano".

Las entrevistas fueron tomadas a los padres de los niños de entre 3 y 10 años con diagnóstico de ECNE, los cuales formaron parte de la investigación para conocer su percepción en relación a la calidad de vida de sus hijos.

La entrevista según Sierra (1999) *"es una conversación que establecen un interrogador y un interrogado (…) orientada a la obtención de información sobre un objetivo definido".*

Dentro de las mismas, se encuentra la entrevista estructurada, la cual *"se basa en una serie de preguntas predeterminadas e invariables que deben ser respondidas por el entrevistado".*

La entrevista fue la siguiente:

1-¿Observa modificaciones positivas en el equilibrio de su hijo a partir del inicio de equinoterapia? ¿Por qué?

A-Varias.

B-Pocas.

C-Ninguna.

2-¿Nota mejoras en la marcha de su hijo a partir del inicio de equinoterapia? ¿Por qué?

A-Varias.

B-Pocas.

C-Ninguna.

3-¿Nota modificaciones positivas en la postura de su hijo a partir del inicio de la equinoterapia? ¿Por qué?

A-Varias.

B-Pocas.

C-Ninguna.

4-¿Nota mejoras en la comunicación de su hijo a partir del inicio de la equinoterapia? ¿Por qué?

A-Varias.

B-Pocas.

C-Ninguna.

5-¿Nota mejoras en su hijo en relación a las relaciones con familiares a partir del inicio de la equinoterapia? ¿Por qué?

A-Varias.

B-Pocas.

C-Ninguna.

6-¿Nota mejoras en su hijo en relación a las relaciones con otros niños a partir del inicio de la equinoterapia? ¿Por qué?

A-Varias.

B-Pocas.

C-Ninguna.

7-¿Nota modificaciones en relación a la disminución de los miedos de su hijo desde el inicio de esta terapia? ¿Por qué?

A-Varias.

B-Pocas.

C-Ninguna.

8-¿Nota modificaciones en relación a la disminución de la ansiedad de su hijo a partir del inicio de equinoterapia? ¿Por qué?

A-Varias.

B-Pocas.

C-Ninguna.

9-¿Nota modificaciones positivas en relación al aumento del autoestima de su hijo a partir del inicio de equinoterapia? ¿Por qué?

A-Varias

B-Pocas.

C-Ninguna.

10- ¿Su hijo realiza alguna otra terapia además de equinoterapia? En caso de realizar otras terapias. ¿Cuáles realiza?

11- ¿Considera que la equinoterapia fue positiva para mejorar la calidad de vida de su hijo? ¿Por qué?

12- ¿Qué opina sobre la equinoterapia?

13-¿Desea expresar algún sentimiento, idea o creencia en relación a la equinoterapia?

Plan de análisis

Se realizó un análisis de contenido de los datos obtenidos. Krippendorff (1990) define al análisis de contenido como "una técnica de investigación destinada a formular, a partir de ciertos datos, inferencias reproducibles y válidas que puedan aplicarse a su contexto".

Procedimiento de toma de datos

Los datos fueron recogidos en los centros de equinoterapia "Ayün" y "El Alba" a partir de una observación directa y de la realización de una entrevista a padres de niños con diagnóstico de ECNE de entre 3 y 10 años de edad que concurrieron a los centros de equinoterapia Ayün y El Alba.

RESULTADOS

Los resultados se obtuvieron a partir de observaciones directas y entrevistas realizadas a los padres de niños con diagnóstico de ECNE de entre 3 y 10 años de edad que realizan equinoterapia en los centros Ayün y El Alba de la ciudad de Mar del Plata.

Por medio de la observación directa se ha comprobado que mediante la aplicación de la equinoterapia como tratamiento complementario, se obtienen múltiples beneficios en niños con ECNE. Entre ellos se destacan: la reducción de la espasticidad, la cual pudo observarse mediante la comparación del niño antes y después del inicio de la sesión de equinoterapia. En el momento en que el niño llega al tratamiento posee una postura rígida y casi imposible de modificar, luego, en el final de la sesión, se puede observar que el niño cuenta con una disminución de su espasticidad que resulta más evidente en los miembros inferiores debido a la transmisión de impulsos rítmicos del dorso del caballo sobre el jinete, y a la transmisión del calor corporal del caballo.

Además, en el momento previo al inicio de la sesión de equinoterapia, el niño llega con una limitada amplitud articular. Sin embargo, finalizada la sesión, el rango de movimiento articular aumenta notablemente. Estas modificaciones se observaron en los miembros superiores y también en los miembros inferiores. Es importante destacar que en estos últimos los resultados fueron más notables. La razón de esta particularidad, se debe a que los miembros inferiores se encuentran en contacto directo con el lomo del caballo. La

amplitud articular del niño logra aumentar debido a la transmisión corporal del caballo, el cual es uno de los principios terapéuticos de la equinoterapia.

Paralelamente, a partir de la observación se pudo dar cuenta que en el inicio de la sesión, al niño le resulta dificultoso el control cefálico. Esta condición comienza a mejorar notablemente durante el trascurso de la sesión de equinoterapia.

Partiendo del análisis de las observaciones de campo realizadas durante la investigación, se comprobó que algunos niños antes de la monta se autoagreden, o se encuentran exaltados. Sin embargo, finalizada la sesión, el niño no continúa con las autoagresiones y su nivel de exaltación ha disminuido de forma notable.

Además se constató que gracias al vínculo humano-animal se generan diversos cambios a nivel físico, psíquico y social en el jinete. Los caballos transmiten afecto, provocan empatía, y además se fomenta la participación de terceras personas (como lo pueden ser la familia, amigos, etc.).

Teniendo en cuenta los aspectos planteados, cabe destacar que se observó que los niños logran, dentro de sus posibilidades, una mejoría considerable en su afección, siempre que no haya contraindicaciones absolutas y el niño quiera y acepte la terapia.

Gracias a las observaciones de campo y entrevistas realizadas, se cotejó que ninguno de los niños asiste con un pensamiento rehabilitatorio, sino que simplemente surge el deseo del jinete de interactuar con el caballo y disfrutar al aire libre.

Además de lo anteriormente planteado se pudo constatar, gracias a la experiencia en el área, que los niños asisten a equinoterapia con gran motivación y con ansias para comenzar la sesión.

Los resultados obtenidos comprueban que la mayoría de los niños llegan al predio donde se lleva a cabo la terapia con una sonrisa, y buena predisposición para iniciar la sesión. También al llegar al lugar, se encuentran ansiosos aguardando su turno para montar, esto quedó demostrado ya que los niños al arribar comienzan a llamar y saludar a los caballos y a los profesionales que trabajan en el lugar.

Algunos de los niños asisten un tiempo antes del horario en el cual inicia la sesión para recorrer el lugar, jugar, o acariciar e interactuar con los caballos que se encuentran en el predio. En esos momentos los mismos también suelen observar con gran atención los árboles que se encuentran en el lugar, o se muestran atentos a los distintos sonidos que hay en el lugar, como por ejemplo el ruido del viento, los pájaros, o aviones que pasan por el lugar, activando todos los sentidos del niño.

La felicidad y la alegría que llevan los niños al llegar al predio, muestran claramente la motivación y las ansias por comenzar a trabajar de una manera divertida, placentera y diferente durante la sesión.

A través del análisis de las entrevistas se pudo observar que la calidad de vida del niño ha mejorado desde el inicio de equinoterapia como tratamiento complementario.

Dentro de la calidad de vida, el aspecto físico es el que presentó mayores modificaciones positivas, mientras que en segundo lugar se encuentra el aspecto social, y en última instancia los aspectos psicológicos.

Dentro de los aspectos físicos los niños han tenido mayores mejorías en la postura y en el equilibrio, siendo menores las modificaciones en la marcha. Los resultados planteados anteriormente se pueden ejemplificar con los siguientes testimonios de los padres:

-"Desde que M. empezó equinoterapia está mucho más derecho que antes, igual un poco le sigue costando. Cuando nos vamos de acá, se va más derechito de lo que vino" (Padre de M.). Éste testimonio se puede tomar como un claro ejemplo en relación a las mejorías que logró el niño en su postura a partir del inicio de equinoterapia.

Es fundamental considerar las coincidencias obtenidas en las entrevistas y en la observación. Mediante la observación directa se constató que el niño al llegar a la sesión de equinoterapia posee un escaso control postural, mientras que a medida que avanzaba la sesión se notaron mejorías en relación a dicho aspecto.

Dichas modificaciones planteadas por los padres y observadas se deben a uno de los tres principios terapéuticos que posee la equinoterapia según Gross: la transmisión de impulsos rítmicos del dorso del caballo al jinete.

- "Antes de empezar equinoterapia, mi hijo se caía y era un poco torpe, pero después de comenzar con esta terapia se mejoró un poco" (Madre de B.). Dicho testimonio hace referencia al equilibrio del niño.

Gracias a los efectos sensomotores generados por la equinoterapia, se pudieron observar modificaciones en el equilibrio. Luego de realizar la sesión de equinoterapia los niños logran mantener el eje, mejorando de esta manera su equilibrio.

-"Los médicos me dijeron que iba a tardar mucho en caminar, y ahora con el andador va mejorando mucho" (Madre de F.). El relato ejemplifica, según la perspectiva de una madre, las modificaciones positivas que se produjeron en la marcha del su hijo a partir del inicio de equinoterapia.

El testimonio coincide con lo observado durante las observaciones directas, en donde se pudo comprobar que muchos niños comenzaban las sesiones de equinoterapia con una marcha que se caracterizaba por el apoyo sólo de la punta del pié, además de que la mayoría de los niños no lograban una marcha independiente, debido a que la realizaban por medio de ayudas como andadores, o colaboración de un tercero. Pero luego de las sesiones de equinoterapia se pudo observar en los niños que lograban un mayor apoyo plantar, esto generaba una mejoría en su marcha y lograban un menor uso de las ayudas externas.

Además mediante las observaciones de campo se pudo confirmar que los niños que llegaban al inicio de la sesión con una marcha titubeante, luego de la sesión la misma mejora de forma notable.

En relación a los aspectos psicológicos, los niños han tenido mayores modificaciones en la disminución de los miedos, mientras que la ansiedad y la autoestima han sufrido cambios en menor medida.

Las mejorías planteadas por los padres se pueden ejemplificar con los testimonios que se presentan a continuación:

-"Mira P. antes de empezar equinoterapia, le tenía miedo a los caballos, y ahora no lo pueden bajar" (Padre de P.). El presente testimonio es un fiel ejemplo de las mejorías, según la percepción de los padres, que ha tenido uno de los niños en relación a sus miedos.

El testimonio coincide con los resultados obtenidos por medio de las observaciones de campo realizadas, en donde el mismo niño que le tenía miedo al caballo una vez culminada la sesión, el niño fue capaz de darle de comer al caballo, y de darle un beso, de esta manera quedo demostrado que el niño había perdido todo tipo de miedo.

Gracias a la experiencia en el área, también se pudo observar que algunos niños al comenzar el tratamiento tenían temor de realizar un trote con el caballo, pero a medida que trascurrieron las sesiones, los niños comenzaron a animarse a realizarlo.

El logro coincide con lo planteado dentro de los beneficios de la equinoterapia, en donde se destacan los efectos sociomotores que se dan gracias a ésta terapia.

-"Nunca fue un chico muy ansioso, pero yo lo noto un poco mejor porque ahora aprendió a esperar un poco más" (Padre de F.). Mediante este fragmento recolectado de una de las entrevistas tomadas a los padres, se puede ejemplificar como la ansiedad del niño logra disminuir gracias al tratamiento de equinoterapia.

Se pudo observar que cuando al niño se le explica durante la sesión que debe esperar para realizar alguna actividad que es pedida por él, es capaz de esperar a que llegue el momento de realizarla.

-"S. Antes se la pasaba diciendo que no podía hacer las cosas, ahora ya no lo dice más e intenta hacer todo solo, y hasta se enoja cuando lo intentas ayudar" (Madre de S.). Gracias a esta respuesta de un padre que formó parte de la investigación, se puede dar crédito de las mejorías observadas en relación al aumento de autoestima del niño.

Las modificaciones planteadas por los padres con respecto a la autoestima del niño se han podido comprobar por medio de las observaciones realizadas, debido a que a medida que avanzan las sesiones el niño logra un cambio en su rol, ya que se siente protagonista de la situación frente a la sesión de equinoterapia.

Dentro de los aspectos sociales hubo mayores modificaciones en las relaciones con otros niños, debido a que en uno de los centros de equinoterapia si bien la actividad se realiza de forma individual se encuentran varias personas realizando el tratamiento a la vez, es por eso que este método

de llevar a cabo la terapia ayuda al niño a sociabilizar con otros pares. La comunicación ha sido otro aspecto en donde se han comprobado modificaciones positiva. Mientras que en las relaciones intrafamiliares no se han constatado modificaciones en los niños. Éstos resultados están ligados fundamentalmente a los efectos sociomotores planteados por Gross (2006), en donde la autora plantea que la equinoterapia colabora al desarrollo de la comunicación del niño con discapacidad.

Las modificaciones planteadas por los padres en relación a los aspectos sociales del niño, se pueden observar claramente a través de los siguientes fragmentos de las entrevistas realizadas:

-"Antes le costaba mucho relacionarse con otros chicos, pero de a poco se fue soltando cada vez más, primero con los otros chicos que vienen acá, y después con chicos de afuera… Ya ahora en el colegio habla con todos" (Madre G.). El presente testimonio sirve para ejemplificar las modificaciones positivas que según la percepción de los padres, han tenido sus hijos en relación al área social.

Las mejoras planteadas anteriormente por los padres, coinciden con lo observado durante las sesiones de equinoterapia, debido a que se pudo cotejar que a medida que avanzan las sesiones de equinoterapia, los niños logran relacionarse aún más con los otros niños que asisten al tratamiento.

-"Mira… en realidad nunca le costó relacionarse con nosotros, siempre le costó un poco más relacionarse con los de afuera de la familia" (Madre A.).

Dicho fragmento de una entrevista realizada a los padres, demuestra que no ha habido grandes modificaciones positivas en las relaciones intrafamiliares a partir del inicio de equinoterapia en los niños con diagnóstico de ECNE.

Mediante la observación directa no se han podido comprobar modificaciones con respecto a las relaciones intrafamiliares.

-"Yo escuche hablar por primera vez a mi hijo acá" (Padre L.) Éste testimonio tomado de una de las entrevistas realizadas a los padres de los niños con diagnóstico de ECNE, es un fiel ejemplo de las mejorías que se producen en los niños en relación a la comunicación gracias al tratamiento de equinoterapia.

Las mejoras en la comunicación no solo se pudieron corroborar por medio de las entrevistas realizadas, sino que también se pudieron observar las mejorías en el lenguaje del niño, debido que al iniciar la sesión la mayoría de los niños apenas lograban decir algunas palabras, pero durante el transcurso de la sesión se comenzó a observar una mayor verborragia en el jinete.

El beneficio logrado en el lenguaje del jinete a partir del inicio de la equinoterapia, se debe a los beneficios sociomotores que posee dicha actividad.

Todas las mejoras nombradas anteriormente pueden deberse tanto a la realización de equinoterapia, como al conjunto de tratamientos que realiza el niño con diagnóstico de ECNE, debido a que los mismos no realizan solo equinoterapia, sino que también realizan otras terapias como T.O, kinesiología, hidroterapia, o fonoaudiología. Si bien todos los niños han mejorado su calidad

de vida desde el inicio de la equinoterapia como tratamiento complementario, no puede constatarse que se debe exclusivamente a éste terapia, sino que puede deberse al conjunto de terapias que realiza el niño.

Los padres han notado que pese a que sus hijos no se encuentren ubicados en relación al tiempo, el día previo al realizar la sesión de equinoterapia los niños comienzan por ejemplo a nombrar a los caballos, o a tomar zanahorias de la heladera para alimentarlos el día de la sesión de equinoterapia.

El siguiente testimonio comprueba que padres manifestaron que ha habido una notable mejoría en las actividades de la vida diaria del niño. Siendo la más beneficiada la movilidad funcional:

-"B. antes caminaba muy poquito, y ahora de a poco cada vez va caminando un poco más. Ahora también empezó a intentar cambiarse y comer sola". (Padre de F.)

Por último, es importante destacar que las personas entrevistadas se encuentran satisfechas con el tratamiento de equinoterapia, y opinan que hubo un impacto positivo para mejorar la calidad de vida de sus hijos. Esto se da según los padres a que los niños pueden disfrutar al aire libre, en un ambiente que no es cotidiano mientras comparten con pares, generando por dichas razones en la persona gran entusiasmo a la hora de realizar el tratamiento. Esto queda comprobado con el siguiente testimonio:

-"Mejoró mucho desde que viene acá, ahora ya ayuda cuando hay que cambiarlo, camina un poquito más, y no se enoja tanto como antes. Además en

los otros lugares a los que va está casi siempre en un consultorio, acá por lo menos está al aire libre". (Mamá de P.)

CONCLUSIONES

En los últimos años la equinoterapia, como metodología, está siendo aplicada cada vez con más frecuencia en niños con ECNE debido que, como señala Sams (2006), los niños tienen un interés natural por los animales, el mismo puede ser utilizado para promover el desarrollo psicosocial como una parte integral del proceso de tratamiento (Gammonley, 1996).

En una sesión de equinoterapia nada es improvisado. Cada paciente cuenta con una planificación, con objetivos terapéuticos y ecuestres según cada caso. Cada equipo que desarrolla una sesión se determina en base a sus incumbencias profesionales. Cada caballo es seleccionado y entrenado adecuadamente para optimizar su mediación terapéutica. De estos detalles dependerá el logro y el beneficio que se busca.

El caballo ha prestado mucha utilidad a la humanidad, uno de ellos: rehabilitar. Al estar en contacto con estos animales se cambia la rutina diaria de las personas, y el caballo sirve para generar una integración entre la persona y la naturaleza. El simple hecho de que un paciente llegue a un lugar abierto implica una estimulación de sus sentidos y justamente a eso apunta la equinoterapia. Además el caballo logra mimetizarse con el jinete, el animal logra interpretar lo que el niño requiere, es capaz de modificar su actitud en base a las condiciones en las que se encuentra el niño.

La equinoterapia es una terapia integral, que se asienta en leyes físicas y bases neurofisiológicas, usando las reacciones de la biomecánica equina y

humana. La equinoterapia aporta su elemento principal que la hace única: el caballo. La temperatura, el pelaje, la fisonomía del cuerpo de estos animales es una ventaja con respecto a otras terapias. Coincidiendo con Edith Gross, una de las ventajas fundamentales de la equinoterapia es que la estimulación que reciben los niños es intensa y continua. El niño al tiempo que juega, disfruta del caballo y del ambiente, sin saberlo está ejercitando sus músculos, y fortaleciéndolos.

Dentro del tratamiento de equinoterapia el niño con diagnóstico de ECNE ha demostrado notables mejoras en las destrezas de ejecución. Dentro de las destrezas de ejecución se ha observado que se modificaron las destrezas motoras y praxias y las destrezas de comunicación y social.

La ECNE es una de las patologías más frecuentemente abordadas en equinoterapia. Dicha patología es compleja y están comprometidas diferentes áreas y componentes, desde la rehabilitación en equinoterapia se puede brindar un abordaje integral mejorando tanto los aspectos físicos, psicológicos y sociales del niño. Esto permite afianzar las capacidades que posee la persona, y brindar de esta manera un complemento a los tratamientos tradicionales.

La falta de experiencia motriz que presentan los niños con ECNE, cuya característica principal es una alteración motora y de los mecanismos de control postural, dificulta el desarrollo sensoperceptivo de la persona. Para abordar este tipo de alteración, la utilización del caballo como instrumento de la rehabilitación es beneficioso debido a que el mismo produce: disminución de

contracturas musculares, logrando relajar la musculatura y corregir posturas viciosas o antálgicas, facilita la reconstrucción del esquema corporal, aumenta la fuerza muscular, el movimiento que produce el paso del caballo estimula toda la musculatura del cuerpo humano, proporciona la regularización del tono muscular y favorece la movilidad articular.

Gracias a la experiencia en el área de equinoterapia y a las observaciones realizadas durante la investigación, puedo concluir que la hipertonía disminuye, y se produce un aumento de la amplitud articular, estas modificaciones son más notorias en los miembros inferiores que en los miembros superiores, debido a que los miembros inferiores se encuentran en contacto directo con el lomo del caballo, y de esta manera reciben mayores estímulos por parte del caballo. En los miembros superiores se pueden generar mayores modificaciones siempre y cuando la persona a cargo de la terapia sea la encargada de realizarlo.

Los cambios planteados anteriormente se logran gracias a la transmisión de impulsos rítmicos del dorso del caballo sobre el jinete. Los impulsos, según Gross, se propagan hacia arriba por medio de la columna vertebral hasta la cabeza, provocando de esta manera en el jinete las reacciones de enderezamiento y equilibrio, activadas por las compensaciones corporales.

Resulta fundamental destacar que los niños con diagnóstico de ECNE que realizan equinoterapia logran mayor autonomía en el desempeño de sus actividades de la vida diaria.

Las modificaciones en la postura, equilibrio y en la marcha del niño, según Gross (2006) se deben a los efectos neuromotores que genera la equinoterapia sobre el niño, debido a que el caballo logra: regular el tono muscular, desarrollar el equilibrio, disminuir los reflejos tónicos y reacciones asociadas, y además permite grabar y automatizar el patrón de locomoción en el niño con diagnóstico de ECNE.

Los cambios en el equilibrio del niño que realiza equinoterapia se deben a la transmisión de impulsos rítmicos que se generan desde el dorso del caballo hacia el jinete, dicha transmisión provoca la activación de las reacciones de enderezamiento y equilibrio en el niño.

Los beneficios en la marcha del jinete se deben al principio terapéutico planteado por Gross, en donde se plantea que la transmisión por parte del caballo de un patrón de locomoción tridimensional es equivalente al patrón fisiológico de la marcha humana. El humano utiliza dicho patrón fisiológico tridimensional transmitido por el movimiento del lomo del caballo durante la marcha, es por eso que la transmisión del patrón de la marcha se activa en todo momento para todos los jinetes. Cabe destacar que el principio terapéutico es grabar y automatizar el patrón fisiológico de la marcha (Gross, 2006).

Además mediante el presente estudio se pudo concluir que el caballo colabora a que el intestino comience a realizar movimientos peristálticos, logrando de esta manera una correcta evacuación en el niño.

Por otro parte, gracias a la presente investigación, se pudo concluir que los aspectos psicológicos del niño han tenido mejorías debido a lo planteado por

Gross (2006) en relación a los efectos sociomotores que genera la equinoterapia. En relación a esto la autora plantea que dicho tratamiento colabora en la confrontación de los temores, genera mayor autoconfianza y aumento de la autoestima.

Las mejorías en la autoestima del niño se deben a los beneficios planteados dentro del marco teórico de equinoterapia, en donde se destacan las mejorías que se generan en la autoconfianza y en el autoestima del niño que realiza dicha terapia.

Mediante este estudio se pudo concluir que el rol del niño se modifica de forma notable a partir del inicio de la equinoterapia, ya que comienza a ser el niño el que debe cuidar al animal, y no es el niño el que debe ser cuidado. Además se comprobó que cambia el rol del niño frente a la sociedad, debido a que frente a los ojos de los demás ya no es aquel niño que no logra realizar ciertas cosas, sino que comienza a ser el niño que logra montar un caballo. Esto se genera gracias al encuadre en el que se da la equinoterapia.

Resulta imprescindible destacar que todos los beneficios planteados anteriormente son elementales dentro del área de terapia ocupacional, debido que la misma es una profesión que tiene en cuenta todos los aspectos del niño, para poder lograr de esta manera una mejor calidad de vida.

Este estudio ha demostrado que el contacto con el caballo proporciona múltiples sensaciones que influyen positivamente en la calidad de vida de los niños con ECNE. La presente investigación demuestra que la equinoterapia puede ser considerada como una terapia integral, debido a que

no solo presenta funciones fisioterapéuticas sino que también aporta beneficios en el área psicológica del niño.

Las actividades con el caballo y el entorno particular en el que éstas se llevan a cabo, constituyen un encuadre diferente al de las terapias tradicionales, lo cual permite que, casi de forma natural, se cuente con el elemento clave para empezar a trabajar: una alta motivación en la persona; abriendo de esta manera el camino para desarrollar la intervención. Es fundamental destacar que la mayoría de los niños concurren al tratamiento motivados, porque se trata de una terapia completamente distinta a las que el niño puede realizar. La motivación con la que concurre el niño a la terapia también se debe a la relación que se genera entre el jinete y el caballo, ya que durante la década del 90 hay estudios realizados por Ellen Kaye Gahrke que comprueban que la frecuencia cardiaca del caballo presenta cambios a partir del ritmo cardiaco de la persona. Dicho estudio evidencia y coincide con lo planteado en la presente investigación, en donde se intenta plasmar que se genera un vínculo, más allá de la terapia, entre la persona y el caballo.

Este estudio demostró que la equinoterapia es un recurso terapéutico eficaz tanto en el área de la salud, como en la rehabilitación.

Se puede afirmar que la equinoterapia es una terapia complementaria altamente beneficiosa para los niños con ECNE, debido que posee características únicas por ser una terapia al aire libre, rica en estímulos visuales, auditivos, propioceptivos y táctiles, que genera además una gran motivación y entusiasmo en el niño que la realiza. Éstos estímulos son

fundamentales en los niños con diagnóstico de ECNE debido que los mismos pueden poseer alteraciones asociadas que influyen tanto en la audición, como en la vista.

Si bien es correcto que la equinoterapia no puede sustituir a las terapias convencionales pero, como se ha demostrado esta investigación y en muchas otras, esta metodología es un complemento eficaz debido a que los beneficios que aportan los caballos complementan los resultados de otros tratamientos. En concreto la equinoterapia, como se ha demostrado, proporciona beneficios importantes en la calidad de vida de los niños con ECNE, es por esta razón que desde mi punto de vista es fundamental que los niños con ECNE reciban a la equinoterapia como tratamiento complementario.

El abordaje de T.O. en equinoterapia permite aprovechar las oportunidades que tanto el caballo como su entorno brindan, adecuándolas a cada niño e implementándolas con un propósito terapéutico. Mediante esta intervención se apunta a mejorar el desempeño ocupacional de la persona y a desarrollar habilidades con el fin de favorecer la autonomía y mejorar la calidad de vida del niño con ECNE. Tanto la equinoterapia como la T.O. buscan prevenir una mayor discapacidad, promover el bienestar, mantener las capacidades del niño, y modificar aquellos aspectos que generan un malestar en la calidad de vida del menor.

Además la terapia ocupacional es una profesión que debe basarse y tener en cuenta, entre otras cosas, las actividades de la vida diaria del

paciente, para que el mismo logre la mayor independencia posible, mejorando de ésta manera la calidad de vida del niño.

Los beneficios que se han logrado en los niños con diagnóstico de ECNE gracias a la equinoterapia son fundamentales para el área de terapia ocupacional, debido a que dicha profesión tiene en cuenta las destrezas motoras y práxicas, destrezas sensoriales y perceptuales, destrezas de regulación emocional, y destrezas de comunicación y sociales de las personas con las cuales trabaja. Si se producen cambios positivos en las destrezas nombradas, se observará directamente una mejora en la calidad de vida de la persona.

Cabe destacar que es fundamental que en esta actividad haya un terapista ocupacional debido a que la formación con la que cuenta dicha profesión permitirá utilizar al máximo las potencialidades del caballo y crear numerosas estrategias de intervención. Es por ésta misma razón que considero fundamental la importancia de enriquecer la profesión con el desarrollo de la equinoterapia.

Es esencial que los terapistas ocupacionales tengan la formación necesaria para desempeñarse en esta terapia, que requiere además de los conocimientos de diferentes modelos o marcos de referencia, todo lo referente a materia ecuestre, como así también experiencia hípica, para poder analizar todo lo que puede aportarnos dicha actividad.

Como conclusión es necesario resaltar la importancia del rol del terapista ocupacional en el desarrollo de una sesión de equinoterapia, para mejorar la calidad de vida del niño con ECNE, debido a que existe una gran diferencia en las intervenciones del terapista ocupacional y demás profesionales que pueden trabajar durante una sesión de equinoterapia. El terapista ocupacional dentro de la sesión tendrá en cuenta tanto la evaluación del niño como la intervención y el resultado. En la evaluación el terapista ocupacional se enfocará en el perfil ocupacional y en el análisis de desempeño ocupacional del niño. Mientras que, durante la intervención, el terapista tendrá en cuenta el plan de intervención, la aplicación de la intervención, y la revisión de la intervención. Por último, el T.O. tendrá en cuenta los resultados obtenidos. Además ésta profesión se enfocará en las demandas de la actividad y las necesidades del niño.

Para finalizar con esta investigación me parece elemental destacar que "Siempre hay un relincho y un galope que nos hacen sentir más vivos" (Gabriel, Oliverio)

Bibliografía

- Abadín, D; Delgado Santos, C; Vigara Cerrato, A. (Tercera Edición). (2.010) "Comunicación aumentativa y alternativa-Guía de referencia". Editorial Ceapat.
- Álvarez, A; Casanovas, G. (2.011). Trabajo Final: "Intervenciones actuales de Terapia Ocupacional en Equinoterapia e Integración Sensorial con niños con disfunción de procesamiento sensorial en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el año 2.011" Universidad Nacional de San Martín.
- Balcells Junyent, J. (Primera edición). (1.994). "La investigación social: introducción a los métodos y las técnicas". Barcelona: Editorial: ESRP-PPU.
- Bender, R. (Primera Edición). (2.011). "Hipoterapia". Chile: editorial Mediterraneo.
- Blesedell Crepeau, E.; Cohn, E.S.; Boyt Schell, B. A. (Décima Edición). (2.005). "Willard/Spackman. Terapia Ocupacional". Madrid: panamericana.
- Bobath, B. (Primera Edición). (1.987) "Actividad postural refleja anormal causada por lesiones cerebrales". Editorial Panamericana.
- Bobath, K. (Segunda Edición). (2.001) "Base neurofisiológica para el tratamiento de la parálisis cerebral". Buenos Aires: Editorial Panamericana.
- Bobath, B.; Bobath, K. (Tercera Edición). (2.000) "Desarrollo motor en distintos tipos de parálisis cerebral". Buenos Aires: Editorial Panamericana.
- Bobath, B. (Primera Edición). (1.999). "Hemiplejía del adulto: evaluación y tratamiento". Editorial Panamericana.

- Bobath, K. –Köng, E. (Sexta Edición). (2.001) "Trastornos cerebro motores en el niño". Buenos Aires: Editorial Panamericana.
- Chamorro González, M. (2.015). "La equinoterapia en las distintas alteraciones del desarrollo del menor". Universidad de Valladolid. Recuperado el 15 de Mayo del 2.018 en: http://uvadoc.uva.es/handle/10324/14957
- Convención de los derechos del niño. (1989).
- Durante Molina, P; Noya Arnaiz, B. Polonio López, B; (Primera edición). (2.001). "Conceptos fundamentales de terapia ocupacional". Madrid: Editorial médica Panamericana.
- Formatin, G. (2012). Tesis de grado "Utilización de equinoterapia como instrumento terapéutico en el tratamiento de niños con parálisis cerebral" Universidad Fasta. Recuperada el 15 de Mayo del 2.018 en: http://redi.ufasta.edu.ar:8080/xmlui/handle/123456789/193
- Gómez Bonachía, B. (2015). "Diseño de un programa de terapia asistida con caballos: aproximación desde la T.O." Universidad de Coruña. Recuperado el 15 de Mayo del 2.018 en: http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/16785/GomezBonachia_Barbara_TFG_2015.pdf?sequence=2
- González Pérez, U. (2002). "El concepto de calidad de vida y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud". Rev. Cubana Salud Pública, vol. 28, no. 2. Consultado el 3 de Junio de 2018. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662002000200006&script=sci_arttext&tlng=es

- González, V. (2.015). Trabajo final de grado: "Terapia asistida con animales: equinoterapia y la importancia de la inclusión familiar a la intervención". Universidad de la República. Recuperado el 15 de Mayo del 2.018 en: https://sifp.psico.edu.uy/terapia-asistida-con-animales-equinoterapia-y-la-importancia-de-la-inclusi%C3%B3n-familiar-la
- Gross Naschert, E. (Primera Edición). (2.006). "Equinoterapia: la rehabilitación por medio del caballo". Editorial Trillas Sa De Cv.
- Hernández García, C. R.; Muñoz, J. L. (2.006) "Plasticidad y Restauración Neurológica".
- Hernández Sampieri, R; Fernández Callado, C y Baptista Lucio, P. (Cuarta Edición). (2.007). "Metodología de la investigación". México: Editorial McGraw Hill.
- Hopkins, H. L.; Smith, H. D. (Octava edición). (1.998). "Terapia Ocupacional". España: Editorial médica Panamericana.
- Kielhofner, G. (Tercera edición). (2.006). "Fundamentos conceptuales de la Terapia Ocupacional". Buenos Aires: Editorial médica Panamericana.
- Kielhofner, G. (Tercera edición). (2.004). "Terapia Ocupacional: modelo de ocupación humana teoría y aplicación". Buenos Aires: Editorial médica Panamericana.
- Kottke, F. J.; Lehmann, J. F. (Cuarta edición). (1.997) "Medicina física y rehabilitación". España: Editorial médica panamericana.
- Levitt, S. (Tercera Edición). (2.000) "Tratamiento de la parálisis cerebral y del retraso motor". España: Editorial médica panamericana.
- Ley provincial de equinoterapia N°534. Recuperado el 30 de Octubre del 2017 en: http://www.legischubut2.gov.ar/digesto/lxl/l-534.html

- Lorente Hurtado, I. (2.007) "La parálisis cerebral. Actualización del concepto, diagnóstico y tratamiento". Barcelona: Unidad de Neuropediatría, Servicio de Pediatría, Hospital Sabadell.
- Lorenzo, M. S.; Sempé, M. C.; y Sobol, N. A. (2.010) Tesis de grado "T.O. una perspectiva en terapias ecuestres". Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata.
- Mahoney F. Barthel D. (1965). Functional evolution: the Barthel Index. Md Med J.
- Marco de trabajo de Terapia Ocupacional: Dominio y proceso. Segunda edición. Abril a Diciembre de 2.010.
- Martijena, N.B. (Primera edición). (1.999). "Terapia Ocupacional: conceptos y aplicación". Mar del Plata: Editorial Martín.
- Moruno Miralles P, Romero Ayuso, D M (2005)"Actividades de la Vida Diaria" Toledo, España. Editorial Masson.
- Ortega Jiménez, P. (2.015). Revisión bibliográfica: "Beneficios de la hipoterapia en niños y adolescentes con discapacidad intelectual". Universidad de Sevilla.
- Pérez Martínez, R. (2.014). "Efectos de la hipoterapia en personas con parálisis cerebral: una revisión sistemática". Universidad de Coruña. Recuperado el 15 de Mayo del 2.018 en: http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/12408/TFM%20Rebeca%20Perez%20Martin.pdf?sequence=2
- Pérez de Heredia Torres, M. (2004). "Terapia Ocupacional". Libro Blando de la Diplomatura en Terapia Ocupacional [En línea]. Conferencia Nacional de Directores de Escuelas Universitarias de Terapia Ocupacional. Zaragoza. España. Recuperado el 10 de Mayo de 2018 en: http://terapia-ocupacional.com/
- Polit, D. F.; Hungler, B. P. (Sexta Edición). (2.000) "Investigación científica de Ciencias de la Salud". México: Editorial McGraw-Hill.
- Póo Argüelles, P. (2.008) "Parálisis cerebral infantil". Barcelona: Servicio de Neurología. Hospital Sant Joan de Déu. Asociación Española de Pediatría.

- Pozo Martínez, F. S. (2.015). Tesis de grado: "Eficacia de la hipoterapia vs la movilidad pasiva en la mejora de las habilidades motoras gruesas en los niños con déficit motriz de 1 a 10 años de edad". Universidad técnica de Ambato. Recuperado el 15 de Mayo del 2.018 en: http://repo.uta.edu.ec/handle/123456789/9336
- Premiani, B.; Premiani, B. (Primera Edición). (2.010) "El caballo, anatomía, razas, historia y biografía del animal más noble". Argentina: Editorial Distal.
- Reyes Domínguez, C. (2.013). "Nivel de apertura del ángulo de movimiento en músculos aductores de cadera en niños de dos a doce años de edad con parálisis cerebral espástica moderada, mediante la terapia ecuestre en el centro de rehabilitación infantil de la secretaría de la defensa Nacional del 1 de Mayo al 1 de Julio del 2.012". Universidad Autónoma del Estado de México. Recuperado el 15 de Mayo del 2.018 en: http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/14334/406832.pdf?sequence=1.
- Rivera Quinatoa, J. A. (2.014) "Equinoterapia y su eficacia en la potencialización de la motricidad gruesa de los niños de 1 a 6 años con síndrome de Down, de la unidad educativa especializada Ambato". Universidad Técnica de Ambato. Recuperado el 15 de Mayo del 2.018 en: http://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/8477
- Ruzafa, J. Mor eno, J. D. (1997). "Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel". Madrid.
- Salazar Cajape, M. I. (2.016). "Eficacia de la hipoterapia en niños de 8 a 12 años con parálisis cerebral hemiplejía espástica". Universidad Central de Cataluña. Recuperado el 15 de Mayo del 2.018 en: http://repositori.uvic.cat/handle/10854/4630
- Samaja, J. A. (1993). "Epistemología y metodología. Elementos para una teoría de la investigación científica". Buenos Aires, Argentina. Ed. Eudeba.
- Strauss, A.; Lehtinen, L.; Kephart, N.; Goldenberg, S. (Primer Edición). (1.964) "Psicopatología y educación del niño con lesión cerebral". Editorial Universitaria de Buenos Aires.

- Taboadela, C. H. (2.007). "Goniometría una herramienta para la evaluación de las incapacidades laborales". Buenos Aires: Editorial Asociart.
- Tonato Quispe, M. A. (2.016). "Evaluación de la intervención de hipoterapia en niños con parálisis cerebral infantil en la fundación de niños especiales San Miguel". Universidad Técnica de Ambato. Recuperado el 15 de Mayo del 2.018 en: http://repo.uta.edu.ec/handle/123456789/23079
- Trombly, C. (Primera edición). (1997). "Terapia ocupacional para enfermos incapacitados físicamente". México: Editorial médica mexicana.

ANEXO

ENTREVISTA:

1-¿Nota modificaciones positivas en el equilibrio de su hijo a partir del inicio de equinoterapia? ¿Por qué?

A-Varias.

B-Pocas.

C-Ninguna.

2-¿Nota mejoras en la marcha de su hijo a partir del inicio de equinoterapia? ¿Por qué?

A-Varias.

B-Pocas.

C-Ninguna.

3-¿Nota modificaciones positivas en la postura de su hijo a partir del inicio de la equinoterapia? ¿Por qué?

A-Varias.

B-Pocas.

C-Ninguna.

4-¿Nota mejoras en la comunicación de su hijo a partir del inicio de la equinoterapia? ¿Por qué?

A-Varias.

B-Pocas.

C-Ninguna.

5-¿Nota mejoras en su hijo en relación a las relaciones con familiares a partir del inicio de la equinoterapia? ¿Por qué?

A-Varias.

B-Pocas.

C-Ninguna.

6-¿Nota mejoras en su hijo en relación a las relaciones con otros niños a partir del inicio de la equinoterapia? ¿Por qué?

A-Varias.

B-Pocas.

C-Ninguna.

7-¿Nota modificaciones en relación a la disminución de los miedos de su hijo desde el inicio de esta terapia? ¿Por qué?

A-Varias.

B-Pocas.

C-Ninguna.

8-¿Nota modificaciones en relación a la disminución de la ansiedad de su hijo a partir del inicio de equinoterapia? ¿Por qué?

A-Varias.

B-Pocas.

C-Ninguna.

9-¿Nota modificaciones positivas en relación al aumento del autoestima de su hijo a partir del inicio de equinoterapia? ¿Por qué?

A-Varias

B-Pocas.

C-Ninguna.

10- ¿Su hijo realiza alguna otra terapia además de equinoterapia? En caso de realizar otras terapias. ¿Cuáles realiza?

11- ¿Considera que la equinoterapia fue positiva para mejorar la calidad de vida de su hijo? ¿Por qué?

12-¿Qué opina sobre la equinoterapia?

13-¿Desea expresar algún sentimiento, idea o creencia en relación a la equinoterapia?

"Conocer a través de la percepción de los padres, el impacto en la calidad de vida de los niños con diagnóstico de encefalopatía crónica no evolutiva que realizan equinoterapia"

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

TITULO DEL ESTUDIO:

Conocer a través de la percepción de los padres el impacto en la calidad de vida de los niños con diagnóstico de ECNE que realizan equinoterapia.

INVESTIGADOR:

Temporelli, B. Estudiante avanzado de Lic. en Terapia Ocupacional. U.N.M.D.P.

OBJETIVO:

Conocer el impacto en la calidad de vida de los niños con diagnóstico de ECNE de entre 3 y 10 años de edad que concurren a los centros de equinoterapia Ayün y El Alba en la ciudad de Mar del Plata.

PROCEDIMIENTOS:

Si consiento en participar sucederá lo siguiente:

Me someteré a preguntas en relación al estado físico, psicológico, y social de mi hijo. Esto representará 30 minutos aproximadamente.

CONFIDENCIALIDAD:

Toda información obtenida en este estudio será considerada confidencial y será usada sólo a efectos de investigación. La identidad será mantenida en el anonimato.

CONSENTIMIENTO:

Consiento en que participo en este estudio. He recibido una copia de este impreso y he tenido la oportunidad de leerlo y/o que me lo lean.

FIRMA:.....

FECHA:.....

FIRMA DEL INVESTIGADOR:.....