



Universidad de Valparaíso
Facultad de Derecho y Cs. Sociales
Escuela de Trabajo Social



“Impacto en la calidad de vida de niños, niñas y jóvenes con necesidades educativas especiales pertenecientes al programa de equinoterapia de la Ilustre Municipalidad de Los Andes”

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE LOS ANDES,
Dirección de Desarrollo Comunitario



Supervisor Académico	Profesor Fernando Pasten.
Supervisora Institucional	Sra. María Cecilia Prado B.
Alumna	Srta. María Fernanda López Kuhnow.





RIÉNDAS DE LA VIDA

Yo vi un niño que sólo podía arrastrarse.

Montar un caballo, sonreír y hablar.

Cabalgar por un campo de margaritas,
por donde pudiera ir sin ayuda.

Yo vi un niño sin piernas buenas,
montar a caballo y hacerlo andar
por entre árboles verdes,
y lugares, que él jamás había ido,
sentarse y mirarlos, sólo de su silla.

Yo vi un niño que sólo pudiera arrastrarse,
montar a caballo y guiarlo
con pasos largos y ágiles,
y sonreír por ver sorpresa en nuestros rostros.

Yo vi un niño vencer la lucha,
erguirse y tomar las riendas de la vida.

Y el mismo niño fue oído hablando
“Gracias mi Dios por mostrarme la salida”...

Autor: John Anthony Davies.



INDICE

INTRODUCCIÓN	8
CAPITULO I "ANTECEDENTES GENERALES".....	9
CONTEXTO	10
Contexto Institucional.....	10
IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN	15
Contexto Políticas Públicas.....	25
Contexto Legal.....	27
CAPITULO II "MARCO METODOLOGICO"	29
Fundamentación Metodológica.....	31
Problema de Investigación.....	33
Diseño de Investigación.....	35
CAPITULO III "MARCO TEORICO".....	39
“DISCAPACIDAD”	40
1. LA DISCAPACIDAD: CONCEPTUALIZACIONES.....	41
1.2. Paradigmas.....	47
1.2.1. Paradigma Tradicional:.....	47
1.2.2. Paradigma Biológico, Médico o Rehabilitador	48
1.2.3 Paradigma de Derechos Humanos, Autonomía Personal o Vida Independiente.....	48
2. CALIDAD DE VIDA.....	51
2.1 Concepto Calidad de Vida.....	51
3. LENGUAJE INCLUSIVO.....	55



3.1 Recomendaciones y Pautas uso de Terminología Apropriada.....	58
3.2 Lenguaje Inclusivo	60
4. PRINCIPIOS PARA LA INTERVENCION EN DISCAPACIDAD.....	62
1. Principio de Participación Social	62
2. Principio de Normalización.....	62
4. Principio de Respeto y Promoción de la Diversidad o Diferencia.....	63
5. Principio de Competencia	63
5. LAS FAMILIAS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD.....	64
5.1 La Familia Antes de Tener un Hijo con Discapacidad.....	64
5.2 La Familia tiene un Hijo con una Discapacidad.	65
5.3 Variables que Influyen en las Familias con Personas con Discapacidad.....	66
ZOOTERAPIA, “ANIMALES QUE CURAN”	67
1.TERAPIAS ALTERNATIVAS/NATURALES.	68
2.BENEFICIOS DE TRABAJAR CON ANIMALES COMO FORMA DE TERAPIA.....	69
EQUINOTERAPIA	73
EQUINOTERAPIA.....	76
ANTECEDENTES DE LA EQUINOTERAPIA.....	77
ESPECIALISTAS EN EQUINOTERAPIA	80
¿QUE ES LA EQUINOTERAPIA?	82
¿POR QUÉ EL CABALLO?.....	83
PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA EQUINOTERAPIA	87
7.1 Transmisión del Calor Corporal:.....	87
7.2 Transmisión de Impulsos Rítmicos:	88
7.3 Transmisión de un Patrón de Locomoción Tridimensional Equivalente al Fisiológico de la Marcha Humana:	90
CLASIFICACIÓN DE LA EQUINOTERAPIA.....	92
8.1 Hipoterapia.....	92
8.2 Monta Terapéutica.....	93



8.3 Equitación como Deporte para Personas con Discapacidad.....	93
9. DISCAPACIDADES QUE SE BENEFICIAN DE LA REHABILITACIÓN ECUESTRE.....	94
10. CARACTERISTICAS DEL CABALLO PARA EQUINOTERAPIA.....	95
10.1 Temperamento.....	95
10.2 Entrenamiento.....	96
10.3 Conformación.....	97
10.4 Raza.....	98
11. POSICIÓN DE MONTAR	100
12. SESIONES DE EQUINOTERAPIA	103
13. BENEFICIOS EN LAS DISTINTAS AREAS DEL DESARROLLO.	108
13.1 Beneficios desde el área psicológica y emocional	108
13.2 Beneficios desde el área de comunicación	108
13.3 Beneficios desde el área física / psicomotora	108
13.4 Beneficios desde el área pedagógica	109
14. EFECTOS TERAPEUTICOS DE LA EQUINOTERAPIA.	110
14.1 Efectos Neuromotores	110
14.2 Efectos Sensomotores	110
14.3 Efectos Sociomotores	111
14.4 Efectos Psicomotores	111
14.5 Efectos Funcionales.....	112
14.6 Beneficios Según el Tipo de Discapacidad.....	113
CAPITULO IV “ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS DATOS”	116
CAPITULO V "BIBLIOGRAFIA"	125
CAPITULO VI "ANEXOS".....	131



“La discapacidad es la capacidad extraordinaria de ser capaz”





INTRODUCCIÓN

Como seres humanos nos vemos influenciados a diario por diversas afecciones o patologías, de las cuales algunas dificultan la vida. Esto ha llevado a una lucha incesante para poder obtener una mejora en el bienestar, utilizando diversas herramientas, como la tecnología para el desarrollo de nuevos fármacos y terapias. Sin embargo, existen terapias no tradicionales que desde antaño han sido utilizadas, y que han resurgido debido a sus beneficiosos resultados. Este es el caso de la equinoterapia, la cual tiene como protagonistas al jinete (*persona con discapacidad*) y al equino, teniendo como lugar de trabajo el medio ambiente natural. Esta terapia a pesar de ser de antigua data, se ha mantenido y perfeccionado durante el tiempo, posicionándose como igual o más efectiva que otras terapias convencionales y no convencionales.

El efecto favorable de la equinoterapia, está dado principalmente por el ambiente de trabajo, que produce relajación y mayor cooperación de parte del jinete y el caballo que, en palabras simples, es un terapeuta innato al entregar beneficios afectivos, cognitivos y psicomotores mediante la monta. Estos factores se fusionan para dar solución o apoyo a variados problemas psicológicos, necesidades educativas especiales o discapacidades, como baja autoestima, problemas de lenguaje, autismo, síndrome de Down, parálisis cerebral, paraplejia, infarto cerebral y otras afecciones motoras, cognitivas y psicológicas.



CAPITULO I
"Antecedentes
Generales"



“Si un niño no puede *aprender* de la manera en que le enseñamos, quizá debamos enseñar de la manera en que él *aprende*”

- Ignacio Estrada

CONTEXTO

Contexto Institucional

- **Antecedentes Generales**

Caracterización Física y Territorial de la Comuna.

La comuna de Los Andes se encuentra inserta en la V Región de Valparaíso, siendo capital provincial. Se ubica en el extremo oriente de la hoya hidrográfica del Río Aconcagua, entre los 70°35' de Longitud Oeste y 32°50' de Latitud Sur, con una superficie de 1.248,31 km².

Limita al Norte con las comunas de San Esteban y Santa María, al Sur con la comuna de Calle Larga, al Sureste con la comuna de Rinconada de Los Andes, al Este con la República Argentina y al Oeste con la comuna de San Felipe.

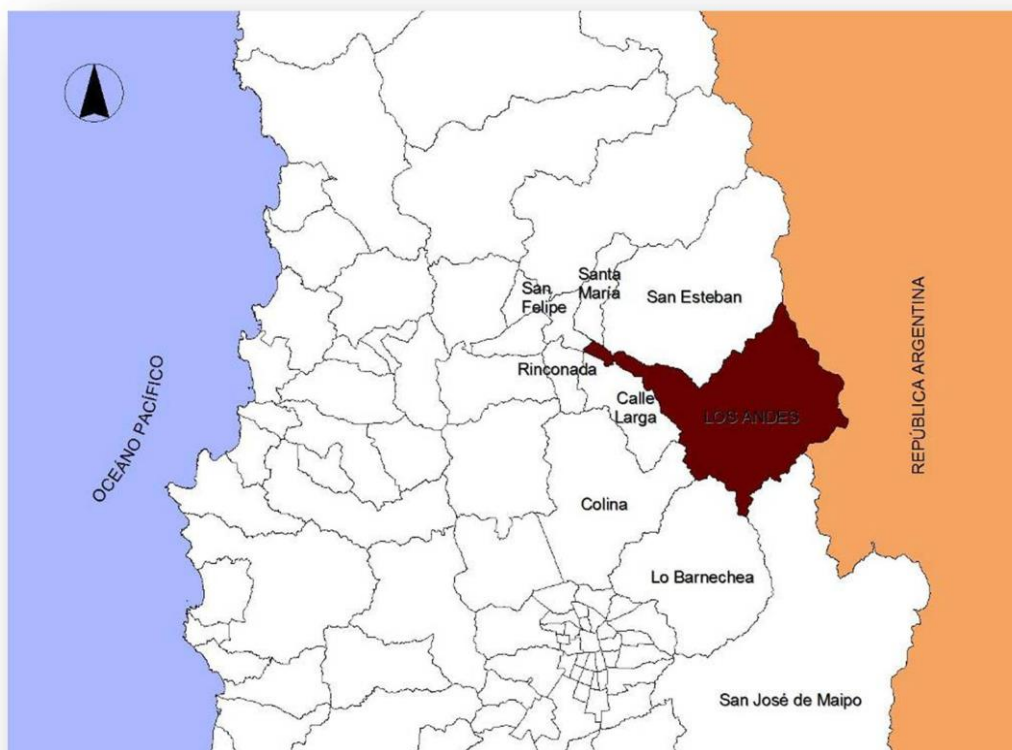
La localización del valle de Los Andes en la macro-zona central lo hace pertenecer a un sistema mayor de fuertes interrelaciones funcionales especialmente con Santiago y en un grado menor con Valparaíso. En este contexto, uno de los principales roles actuales del Valle dentro de la macroregión es ser la principal puerta nacional hacia el Mercosur, y el principal corredor de comercio entre los países integrantes de ese mercado y el Pacífico¹.

¹ Ilustre Municipalidad de Los Andes. Plan Regulador de Los Andes. Memoria Explicativa 2003



Los Andes forma parte de una unidad geomorfológica conocida como el Valle del Alto Aconcagua, que corresponde a la cuenca del Río Aconcagua, entre los 800 y 2.100 m.s.n.m. Los principales elementos geográficos son el río Aconcagua, la Cordillera de los Andes, las cadenas de cerros, los cursos de agua y los cerros-isla, todos los cuales constituyen referencias ordenadoras del paisaje, a la vez que conforman la identidad del Valle dentro del contexto paisajístico de la zona central de Chile.

IMAGEN 1 CONTEXTO TERRITORIAL COMUNAL



Fuente: Elaboración propia.

División Político-Administrativa.

La comuna de Los Andes fue fundada con el nombre de Villa Santa Rosa de Los Andes de las Piedras Paradas, el 31 de julio de 1791, por el Gobernador del Reino de Chile don Ambrosio O'higgins Ballenary.



Administrativamente se encuentra inserta en la V Región de Valparaíso, Provincia de Los Andes, 5ª Circunscripción Cordillera, Distrito 11. Constituye una de las 38 comunas de la región de Valparaíso, y una de las 4 de la provincia de Los Andes.

TABLA 1. COMUNA DE LOS ANDES SEGÚN DIVISIÓN POLÍTICO-ADMINISTRATIVA

DIVISIÓN	NOMBRE	COMPRENDE
Región	De Valparaíso	Provincias de Petorca, Los Andes , San Felipe de Aconcagua, Quillota, Valparaíso, San Antonio, Isla de Pascua y Marga-Marga.
Provincia	De Los Andes	Comunas de San Esteban, Rinconada, Calle Larga y Los Andes .
Circunscripción	Quinta Cordillera	Distrito 10; Distrito 11 ; Distrito 12.
Distrito	Once	Calle Larga; Catemu; Llay Llay; Los Andes ; Panquehue; Rinconada; San Esteban; San Felipe; Santa María.

Fuente: Elaboración propia en base a SIIT (Sistema Integrado de Información Territorial) BCN

Territorialización del espacio.

La delimitación o división de la comuna en sectores busca precisar los territorios que abarca el estudio y reconocer sus características propias e individuales de manera más apropiada, evitando la duplicidad de información y permitir un adecuado trabajo de terreno y posterior análisis en gabinete. Dicha sectorización comunal nos permite establecer diagnósticos “territoriales” en sectores homogéneos dadas sus características morfológicas-territoriales y de caracterización poblacional.

Para la delimitación de los sectores comunales, se consideró la división actual en Unidades Vecinales y sus respectivos territorios. El territorio comunal, compuesto administrativamente por 20 Unidades Vecinales ha sido sectorizado en 10 territorios, tal cual se indica en la tabla e imagen siguientes.



TABLA 2.TERRITORIOS DE LA COMUNA

TERRITORIO	UNIDAD VECINAL	LIMITES
1	1	Comprende Av. Argentina, Av. Sta. Teresa, Esmeralda y Sta. Rosa
	2	Comprende Av. Argentina, Santa Rosa, Independencia y Esmeralda
	3	Comprende Avenidas Esmeralda, Independencia, Chacabuco y Santa Rosa.
	4	Comprende Calles Santa Rosa, Chacabuco, Santa Teresa y Esmeralda
2	5	Comprende Av. Santa Teresa, Circunvalación Poniente y Esmeralda Poniente
3	6	Comprende Av. Santa Teresa, San Rafael viejo y Población Bicentenario.
	7	Comprende Av. Argentina Pte., Calle S. Allende, Los Copihues, Jardines Familiares y Laberinto
	8	Comprende la Población Ambrosio O'Higgins
	9	Comprende Av. Argentina Pte., Pob. Sila, Pob. Chacabuco, Villa Asturias, Villa Manuel Rodríguez
4	10	Comprende Pob. Ejercito Libertador, Papudo Norte, Sector Estación y Av. Argentina.
	11	Comprende Independencia, General del Canto y Av. Argentina Oriente.
5	12	Comprende Av. Chacabuco, Calle Chacay, Los Morenos, Barrio la Concepción y Pascual Baburizza.
6	13	Comprende Pob. Centenario, Av. Chacabuco, Calle Chacay, Calle Arturo Prat y Av. Eduardo Frei
	14	Comprende Calle Arturo Prat, Calle Los Morenos, Calle Bejares.
	15	Comprende Av. Chacabuco, Av. Argentina, Calle Arturo Prat y Av. Santa Teresa.
7	16	Comprende Plaza Vieja y San Rafael Rural
8	17	Comprende Av. Pascual Baburizza, Calle Enrique de la Fuente, Villa Minera Andina, Villa La Gloria, El Topón, Villa El Horizonte y Villa El Remanso
9	18	Comprende Av. Gral del Canto, Villa Los Libertadores, Villa Cristo Redentor, Pob. Altos del Valle, Pob. Alto Aconcagua, Pob. Bellavista I y II y Calle Mateo Díaz.
10	19	Comprende Sector El Sauce hasta Los Espinos
	20	Comprende Sector Los Espinos hasta Río Blanco.

Antecedentes Demográficos Generales, según proyección INE.

Según datos entregados por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), las proyecciones para el año 2011 indican que la población total de la comuna debiera ascender a 75.081 habitantes.



La proyección de población para la comuna entregada por el INE indica que debiera registrarse un crecimiento sostenido de la población comunal², como también, un aumento de la brecha entre géneros, al registrarse un mayor aumento de la población masculina sobre la femenina.

Tomando la población registrada para el año 2002, y, en consideración al margen de error (+3.711) en el número de población entregado entre la proyección INE y los datos oficiales entregados por el censo 2002, para el año 2011 la población comunal debiera ascender a 75.081 (38.396 hombres y 36.685 mujeres) y para el año 2015 aproximadamente

a 79.807 hombres y

IMAGEN 3. POBLACIÓN ESTIMADA AL 30 DE JUNIO, POR SEXO 2003-2020

habitantes. (40.947 38.860 mujeres).

AÑO	TOTAL	HOMBRE	MUJER
2003	65179	33029	32150
2004	66453	33715	32738
2005	67734	34401	33333
2006	68971	35077	33894
2007	70207	35747	34460
2008	71436	36415	35021
2009	72661	37083	35578
2010	73909	37761	36148
2011	75081	38396	36685
2012	76262	39030	37232
2013	77445	39669	37776
2014	78631	40308	38323
2015	79807	40947	38860
2016	80905	41528	39377
2017	81999	42113	39886
2018	83090	42695	40395
2019	84182	43280	40902
2020	85279	43860	41419

Fuente: Elaboración propia en base a datos proyección INE.

² Proyección INE desde el año 1990 al 2020, con un margen de error al censo 2002 de + 3.711 habitantes para la comuna de Los Andes.



• IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

NOMBRE	Ilustre Municipalidad de Los Andes.
DIRECCION	<u>Calle Esmeralda 536, Los Andes, Región Valparaíso, Chile.</u> DIDECO: Yervas Buenas #330, Los Andes, Región Valparaíso Chile.
ALCALDE	Mauricio Navarro Salinas.
TIPO DE INSTITUCIÓN	Corporación autónoma de derecho público, con personalidad jurídica y patrimonio propio ³ .
DIRECTORA DIRECCIÓN DESARROLLO COMUNITARIO	Sra. María Cecilia Prado B.
TELEFONO	342507700
PAGINA WEB	www.munilosandes.cl

UBICACIÓN GEOGRAFICA



Imagen n°1 Ubicación Ilustre Municipalidad de Los Andes.

³ Artículo 118.º Constitución Política de Chile



Imagen N°2 Fotografía Frontis Ilustre Municipalidad de Los Andes.

La administración de la [comuna](#) corresponde a la [Ilustre Municipalidad](#) de Los Andes, cuya máxima autoridad es el [alcalde](#) **Mauricio Navarro**, que cuenta con la asesoría del [Concejo Municipal](#), integrado por:

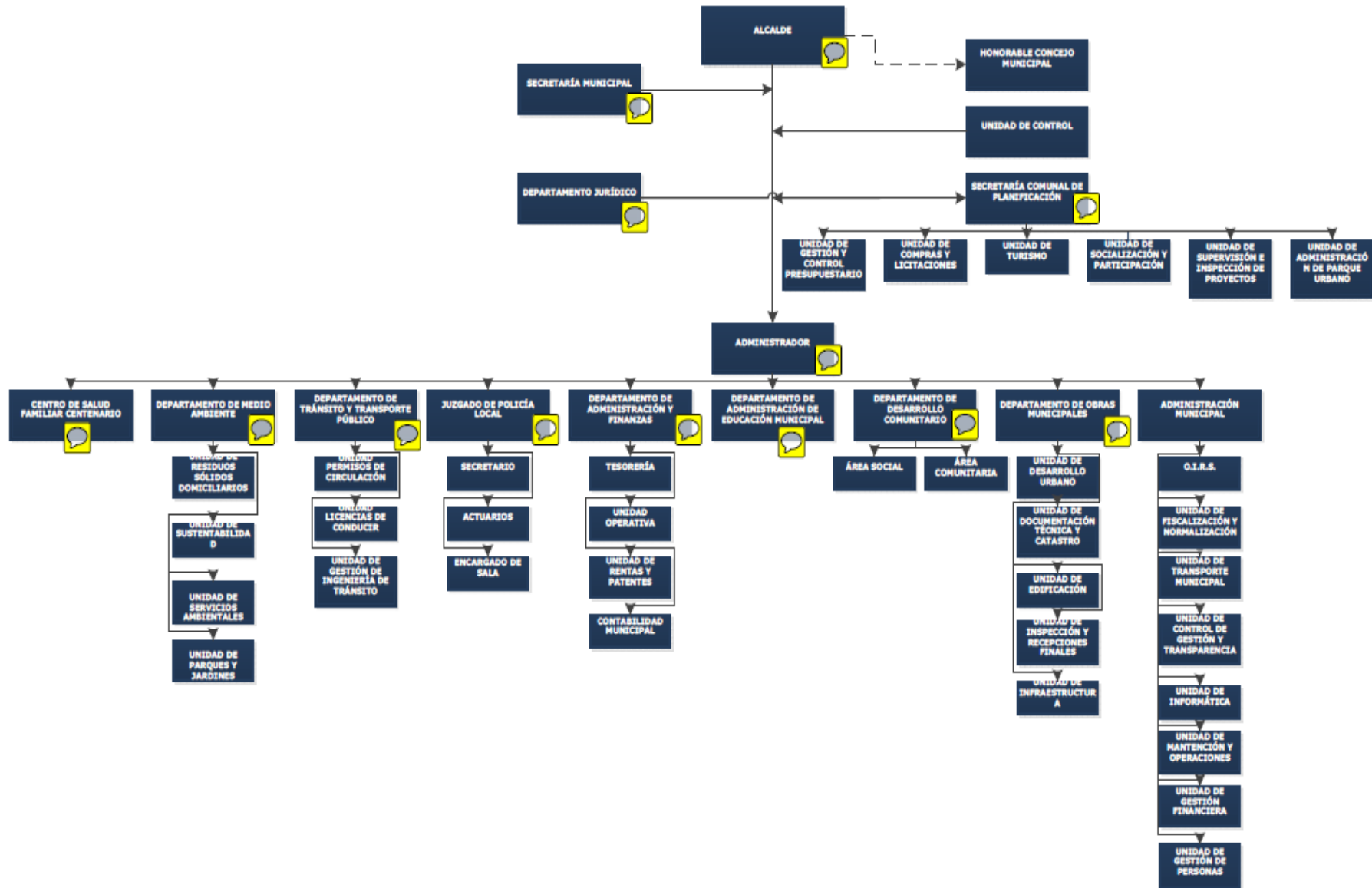
- Eduardo Araya Segovia
- Miguel Henriquez Celedon
- Octavio Arellano Zelaya
- Benigno Retamal
- Julio Lobos Lobos
- Bernardo Monasterio



“La discapacidad es la capacidad extraordinaria de ser capaz”



• ORGANIGRAMA ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE LOS ANDES



• DIRECCION DE DESARROLLO COMUNAL (DIDECO)

Su labor principal es el cumplimiento y ejecución de objetivos sociales, culturales y económicos, **promoviendo el mejoramiento de la calidad de vida de la población**, especialmente de los sectores sociales más vulnerables de la comuna. Para ello este departamento municipal ejecuta más de 26 programas orientados a promover un sistema integral de protección social comunal, ofreciendo diferentes oportunidades a la comunidad.

Se espera además potenciar la participación de la comunidad organizada, en las distintas esferas del desarrollo de la comuna, respondiendo a sus necesidades específicas, propiciando la corresponsabilidad y la participación ciudadana.

Son funciones de la Dirección de Desarrollo Comunitario:

- Asesorar al alcalde y, también, al concejo en la promoción del desarrollo comunitario
- Prestar asesoría técnica a las organizaciones comunitarias, fomentar su desarrollo y legalización, y promover su efectiva participación en el municipio
- Proponer y ejecutar, dentro de su ámbito y cuando corresponda, medidas tendientes a materializar acciones relacionadas con salud pública, protección del medio ambiente, educación y cultura, capacitación laboral, deporte y recreación, promoción del empleo, fomento productivo local y turismo



La Dirección de Desarrollo Comunitario Municipalidad de Los Andes el año 2014 estuvo a cargo de la Asistente Social, Sra. María Cecilia Prado Barrera organizando su trabajo en áreas de servicio, de acuerdo al siguiente diagrama.



Alcalde
Mauricio Navarro Salinas

Honorable Concejo Municipal

Directora DIDECO
María Cecilia Prado B.

Recepción

Secretaria

Área Social

Oficinas Atención a la Comunidad

Área Comunitaria

Área Cultura

Área Desarrollo Económico

Programa Red Protección Social

Programas Municipales

Oficina de

O.O.C.C

Programa Adulto

PROMOS

OMDE

PRODESAL

Unidad de Subsidios

Atención de Público

O.P.D

Programa Mujeres Jefas de Hogar

Ficha Social

Prog. Ayudas Sociales /

SENDA

Unidad de Ferias y Comercio Ambulante

I.E.F

Becas Municipales

Habitabilidad

Chile Crece Contigo

Discapacidad

Equinoterapia

Becas JUNAEB

Oficina de

Prog. Residencia

Noche Digna



El año 2014 DIDECO atendió un total de 12.295 usuarios que fueron registrados por sistema de atención mesón de recepción. Esto arroja un promedio de atención diaria de 49 personas. Es importante señalar que existe alrededor de un 5 % de ese total que no se registra, pasando estas personas, generalmente adultos mayores, a hablar directamente con los asistentes sociales.

Áreas de Trabajo:

AREA SOCIAL

I.- PROGRAMAS DE LA RED ESTATAL DE PROTECCIÓN SOCIAL

- 1.- programa ficha de protección social.
- 2.- programa subsidios.
 - 2.1 subsidios familiares.
 - 2.2.-subsidio de agua potable.
- 3.- programa de ingreso etico familiar.
- 4.- programa de habitabilidad.
- 5.- programa becas junaeb ministerio de educación:
- 6.- programa residencia familiar estudiantil convenio municipio-junaeb.
- 7.- programa chile crece contigo:
- 8.- plan invierno para personas en situacion de calle 2014.

II.- PROGRAMAS SOCIALES CON FONDOS MUNICIPALES

- 1.- programa de becas municipales para estudiantes de escasos recursos.
- 2.- programa ayudas sociales a personas naturales:

3.-PROGRAMA DE APOYO A PERSONAS CON CAPACIDADES DIFERENTES.

3.1 Programa Equinoterapia

El municipio andino, cuenta con el desarrollo de este importante programa desde ya más de una década, siendo uno de los pocos que dispone de esta actividad de rehabilitación ecuestre por no decir que es el único en la región y que



se mantiene gracias a una colaboración estratégica entre el municipio y el importante aporte del Regimiento Reforzado Yungay de Los Andes.

Esta excelente disposición permitió que en el año 2014 se mantuviera una atención permanente al interior del regimiento y la participación de sus caballos especialmente adiestrados y jóvenes soldados también elegidos por sus habilidades en el contacto niño –caballo, a un promedio de treinta y más niños y jóvenes en situación de discapacidad.

La actividad con el caballo, reconocida en todo el mundo como un gran aporte en la rehabilitación de niños y o jóvenes en situación de discapacidad, ya que los movimientos sinuosos tridimensionales del caballo favorecen la estimulación de musculatura y articulaciones, además del contacto físico aporta en el desarrollo cognitivo, comunicacional y relación social de los niños y jóvenes que logran acceder a este importante medio de rehabilitación física y social.

Fondos aportados por el municipio: 2.730.000

Total de niños y niñas beneficiadas: 30

4.- OFICINA DE EMERGENCIA:

- a) trabajo preventivo:
- b) atención de situaciones de emergencia.

III.- PROGRAMAS DE SERVICIOS Y ATENCION ESPECIALIZADA FINANCIAMIENTO COMPARTIDO

- 1.- oficina de protección de derechos de la infancia (opd).
- 2.- oficina senda previene los andes.
- 3.- oficina de la vivienda.

AREA COMUNITARIA

- 1.- oficina de organizaciones comunitarias.
- 2.- oficina de la mujer.
- 3.- programa adulto mayor 2014.
- 4.- plan comunal de promoción de salud 2014.



AREA DE CULTURA

- 1.- centro cultural de los andes.

AREA DE DESARROLLO ECONÓMICO

- 1.- oficina municipal de desarrollo económico.
- 2.- oficina municipal de intermediación laboral (omil).



Contexto Políticas Públicas

A nivel mundial los temas relativos a las discapacidad se han transformado de manera radical: En un principio se realizó la promulgación de *“El plan de acción mundial para los impedidos”*(Naciones Unidas, Diciembre de 1982) con posterioridad a esto se ratificaron, *“Las normas uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad”*(Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, Diciembre de 1993) esta normativa represento la culminación de un amplio movimiento civil en pro de los derechos de las personas con discapacidad, periodo entre 1970 - 1990. Este movimiento se originó con la base de reafirmar el principio de no discriminación entre las personas, buscando así instaurar el principio subyacente de igualdad de oportunidades.

Este hecho logro perfilar un nuevo enfoque a un problema que por años había sido marginado, plasmando también una nueva forma de pensamiento para abordar y resolver lo relativo a la discapacidad, donde se buscó erradicar los principios de caridad y proteccionismo en los que se incurría, para así hacer valer los derechos de todo ser humano. Estos principios fueron aceptados universalmente y consagrados por la *Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad* (XXIX Reunión de la Asamblea General de la Organización de Estados Americanos, OEA, Guatemala Junio 8 de 1999).

Frente a los cambios sustanciales que fueron aconteciendo en diversos países, a partir de la mirada a la protección y promoción de los derechos de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad, Chile no se mantuvo exento de esfuerzos; en 1990, Chile ratifico, jurídica e internacionalmente la *Convención Internacional sobre los Derechos de los niños, niñas y adolescentes*, convirtiéndose este en el instrumento principal de reconocimiento de los derechos de estos, basados en el sobrevivir y desarrollarse, vivir libres de violencia, discriminación y abuso, que se busquen todas las medidas para desarrollar sus intereses. Existen cuatro principios básicos entregados por la Convención, referidos a:

- 1) La universalidad (no discriminación).
- 2) La dedicación al interés superior del niño, niña y adolescente.
- 3) El derecho a la vida.
- 4) La superación y el desarrollo, y el respeto por los puntos de vista del niño, niña y adolescente.

A su vez la convención especifica que el Estado es el responsable de procurar atención y protección especial a los niños, niñas y adolescentes que



padecen de impedimentos, físicos y/o mentales (Convención Internacional sobre los Derechos del niños, 1989, artículo 23).

Es así como diversos estudios dan cuenta que entre las principales problemáticas a las que se ve enfrentada la infancia en situación de discapacidad, se encuentra la discriminación social y el estigma instalado sobre su condición específica, situándolos en un escenario de marginación, acentuando así las desigualdades y desatando complejos procesos sociales que dificultan sus posibilidades de acceso a las oportunidades que ofrece el estado, mercado y sociedad⁴.

En el año 2002, Chile se suscribió a la “*Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad*”.⁵ Toma importancia destacar también la promulgación de la *Convención Universal de los Derechos de las personas con Discapacidad* (2006). Su propósito es promover proteger y garantizar a las personas con discapacidad física, sensorial o mental el pleno goce de sus derechos. Adicional a esto, cubre una serie de ámbitos que son fundamentales, entre ellos:

- La accesibilidad.
- La libertad de movimiento.
- La salud.
- La educación.
- El empleo.
- La habilitación.
- La participación en la vida política.
- La igualdad.
- La no discriminación.

Esto evidencia un cambio que supera ampliamente la concepción tradicional del bienestar social asistencialista instalado, con ello se instala una concepción centrada en el ejercicio de los derechos de las personas con algún tipo de discapacidad o impedimento. La convención también explicita que los Estados deberán asumir un rol interno activo en el cumplimiento y seguimiento de sus artículos designando uno o más organismos gubernamentales encargados de lo relativo a la aplicación de los mismos. A diferencia de otros tratados centrados en la protección de los derechos humanos, la convención se distingue, ya que, por primera vez, organizaciones no gubernamentales participan activamente en su formulación. Es por tanto, que la sociedad civil se encuentra llamada a trabajar conjuntamente con el estado para que los acuerdos de la convención se cumplan.

⁴ FORSELLEDO, G. (2002). “La Planificación de las Políticas Públicas en América Latina: Hacia un Sistema de Protección Integral y una Perspectiva de Derechos”. Instituto Interamericano del Niño.

⁵ BIBLIOTECA DEL CONGRESO NACIONAL DE CHILE (2010). Historia de la Ley N° 20.422: establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad.



Contexto Legal

En el ámbito legal es importante mencionar las primeras aproximaciones del país que buscaron hacer valer los derechos de las personas con discapacidad, la promulgación de la Ley N° 19.284, en el año 1994, implicó un importante avance en las políticas públicas sobre discapacidad en Chile, esta ley establece normativas ligadas a la plena Integración Social de Personas con Discapacidad. Es así como a partir de dicho año y hasta la actualidad han sido dictados a lo menos 21 cuerpos normativos, los cuales abordan directamente la temática de la discapacidad en ámbitos vinculados con la salud, trabajo y capacitación, vivienda, accesibilidad al entorno, educación entre otros. La adscripción de tratados internacionales y leyes vinculadas a la discapacidad dio cabida a la creación de Organizaciones como el Fondo Nacional de Discapacidad (FONADIS), en el año 1994⁶(figura previa al actual Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS), cuya finalidad es promover la igualdad de oportunidades, la inclusión social, la participación y la accesibilidad de las personas con discapacidad).

Bajo los acuerdos Internacionales ya pactados, Chile, en febrero del año 2010, aprobó y promulgó la Ley N° 20.4228, basada en un marco universal de cultura y respeto para con los derechos humanos de las personas con discapacidad, recogiendo de esta manera el cambio de paradigma, e induciendo un cambio de visión en esta materia, centrado en las personas, el respeto de sus derechos, fomento de su independencia y autonomía.

Según se establece en el Artículo 5° de la Ley N° 20.4228, se ha de entender como *“personas con discapacidad aquella que teniendo una o más deficiencias físicas, mentales, sea por causa psíquica o intelectual, sensoriales, de carácter temporal o permanente, al interactuar con diversas barreras presentes en el entorno, ve impedida o restringida su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás”*⁷, siendo esta la definición legal otorgada por Chile a las personas con discapacidad. Resulta indiscutible que de esta definición se establezcan los nuevos lineamientos de intervención de políticas públicas dirigidas a la población con discapacidad.

Es por tanto que bajo esta definición, se entiende que en Chile la condición de Discapacidad o capacidades diferentes, toma forma en base a la presencia de dos elementos:

⁶ BIBLIOTECA DEL CONGRESO NACIONAL DE CHILE (2010). Historia de la Ley N° 20.422: establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad.

⁷ BIBLIOTECA DEL CONGRESO NACIONAL DE CHILE (2010). Historia de la Ley N° 20.422: establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad.



- 1) La existencia de la insuficiencia/déficit.
- 2) Presencia de un entorno donde se generen barreras y limitantes a la participación.

En base a esto es posible destacar que Chile ha adherido a una noción de discapacidad que busca la reivindicación de derechos de las personas con discapacidad pero en su calidad de ciudadanos, estableciendo que esta no radica en el sujeto con discapacidad, sino en su interacción en un medio que es excluyente.

En este contexto el Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS) ha volcados sus esfuerzos en la promoción de la plena inclusión social, a través de la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad, entendiendo esto como *“la ausencia de discriminación por razón de discapacidad, así como la adopción de medidas de acción positiva orientadas a evitar o compensar las desventajas de una persona con discapacidad para participar plenamente en la vida política, educacional, laboral, económica, cultural y social”*⁸

Estos y otros hitos, expresan la forma con la que el Estado Chileno ha dado pasos progresivos en pos de la atención de las necesidades de las personas con discapacidad, evidenciando que existe un compromiso estatal por el resguardo de los derechos de la infancia, en la búsqueda del reconocimiento de sus derechos y necesidades. Estos esfuerzos se encuentran dirigidos a generar en el sector tanto público como privado, servicios que permitan la atención de niños, niñas y adolescentes que debido a sus impedimentos “físicos, mentales o sensoriales se encuentran en situación de riesgo social”.⁹

⁸ BIBLIOTECA DEL CONGRESO NACIONAL DE CHILE (2010). Historia de la Ley N° 20.422: establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad.

⁹ DE LA MAZA, G. (2004). “Políticas Públicas y Sociedad Civil en Chile: El Caso de las Políticas Sociales (1990–2004)”. Documento N° 43. Biblioteca del Congreso Nacional. Santiago de Chile, Chile. Pag. 122.



CAPITULO II

“Marco Metodológico”



“El asunto de la discapacidad nunca se entenderá mientras sea un “ELLOS”, “USTEDES”, o “AQUELLOS”. Solo podrá ser entendido cuando logre ser un “NOSOTROS”

- MJ

Cuando el encuentro con la discapacidad ocurre, acompañado a la experiencia de ser madres/padres, inicia para quien lo vive un recorrido lleno de múltiples interrogantes y emociones. La presencia de un/a hijo/a con discapacidad o necesidades educativas especiales, inevitablemente marca a la familia que lo/la cobija, por esta razón, las consecuencias de su condición, no sólo se observan en los/las niños/as, trascienden a sus padres, madres y cambia de forma radical su vida.

Con frecuencia, la discapacidad afecta la dinámica de las relaciones familiares, debido a que la experiencia de maternidad y paternidad se constituye como tal en relación al/la hijo/a y las características que éste/a posea. Esta situación produce efectos psicológicos que son cruciales para comprender la dinámica de éstas familias. Un ejemplo sería, el complejo proceso en torno a la autonomía que ocurre en las personas con discapacidad o necesidades educativas especiales, como consecuencia del cuidado constante que requieren.

La conceptualización de *normalidad/diferencia* construida socialmente constituye el marco de referencia donde se desarrollará el/la niño/a con discapacidad o necesidades educativas especiales y su familia. El abordar el tema desde la perspectiva de los padres y las madres permite: primero, descentrar la atención sobre las necesidades de rehabilitación del/la niño/a exclusivamente y darle mayor peso al vínculo con los padres; y segundo, abordar la problemática desde una visión más cercana a lo psicológico que a lo pedagógico-rehabilitador que es con frecuencia como se aborda el tema. De esta manera se resalta el valor de los procesos emocionales implicados en la maternidad y la paternidad.

Además, es una oportunidad de conocer aspectos de la discapacidad desde la voz de las personas que a pesar de no poseerla, conviven con ella a través de uno de los vínculos más significativos que se construyen a lo largo del ciclo vital: la maternidad y la paternidad.

Juzgo mi investigación pertinente pues se inserta dentro de una línea de investigación poco desarrollada en nuestro país: *familia y discapacidad*; y útil, debido a que sus aportes permitirán ampliar el campo primero en los métodos de rehabilitación no tradicionales, y abordar también los sentimientos y aspectos que los padres tiene sobre la terapia.



1. FUNDAMENTACIÓN METODOLOGICA.

Si bien el estudio en torno a los beneficios físicos de la equinoterapia, cada vez se ve más nutrido por nuevas publicaciones, de distintas áreas del conocimiento, la literatura existente sobre el impacto y los efectos psicológicos y sociales de la equinoterapia es todavía escasa, y medir cambios a nivel psíquico y emocional puede resultar difícil por tratarse de factores muchas veces subjetivos.

Sin embargo diversos autores se han preocupado de estudiar los beneficios psicológicos que brinda la terapia asistida con caballos. En este sentido distintas investigaciones demuestran que esta modalidad de intervención es una alternativa beneficiosa en la atención de la discapacidad, mejorando aspectos motores, emocionales, cognitivos, de socialización, y la capacidad de autonomía.

Por otra parte cabe destacar que si bien el caballo cumple un rol central e ineludible en la intervención, son los profesionales del campo de la salud, rehabilitación, social y equitación que con sus conocimientos elaboran las estrategias adecuadas a implementar con cada persona.

Es decir el trabajo lo realizan los profesionales a través de su formación profesional, utilizando al caballo como herramienta primordial, por lo cual es importante que el terapeuta tenga una formación de base como puede ser la Psicología, la fisioterapia, pedagogía, entre otras (Vive, 2012)

Otro aspecto a destacar es que la terapia se realiza al aire libre, fuera de ambientes clínicos y en permanente contacto con la naturaleza, por lo cual tanto el caballo y las distintas actividades ecuestres que se puede realizar ofician de motivador y facilitador de la misma. (Vive, 2012)

Siguiendo con esta idea el juego es un elemento clave, que hace al disfrute de las sesiones, fundamentalmente cuando se trabaja con niños, para que no la perciban como una terapia más a las cuales ellos ya se encuentran insertos, sino como un espacio recreativo de placer, distracción y una nueva oportunidad para desarrollar sus capacidades.

Por otra parte diversos estudios han constatado que la práctica de equinoterapia contribuye a mejorar el autoestima, independencia, autogestión, se equilibra la afectividad y se estimulan la comunicabilidad y la alerta psíquicas (Ernst M. &, 2007).

Debusse (Debusse, Chandler, & Gibb, 2005) quien consultó la opinión de fisioterapeutas que desarrollaban esta modalidad de tratamiento en Alemania e Inglaterra, y de pacientes con parálisis cerebral atendidos con este tratamiento, demuestran beneficios especialmente en el control del tono muscular, la postura, y el ajuste emocional. Así también Meregillano (Meregillano G. , 2004) destaca



como el efecto terapéutico no se limita solo a la influencia del movimiento sobre los ajustes posturales, sino que la actividad por su naturaleza se vuelve agradable y estimulante y una oportunidad de mejorar los procesos cognoscitivos, el lenguaje y la socialización. (Pérez L. R., 2008)

Por su parte Barolin (Barolin & Samborski, 1991) pionero de la equinoterapia en Austria, publicaba en 1991 los favorables resultados alcanzados durante varios años de empleo de esta modalidad terapéutica y destacaba el impacto positivo en el ajuste psicológico de los pacientes. También Candler (Candler, 2003) refiere cambios favorables en la conducta de un grupo de niños con dificultades sensoriales después de la equinoterapia. Evalúan el impacto en el ajuste psicosocial de la equinoterapia en 17 niños y niñas provenientes de la educación especial y demuestran que con solo ocho sesiones de equitación se aprecia una reducción significativa de la cólera, ansiedad o la agresividad, mejorando la conducta y el comportamiento. (Pérez L. R., 2008)



2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Tanto padres y/o madres, apoderados y familiares de personas con discapacidad o necesidades educativas especiales, a lo largo de los años, han ido abriéndose a las nuevas alternativas que han surgido en torno a las terapias ya existentes. Esto gracias a los resultados que se han vislumbrado en personas que reciben estimulación temprana y terapias a lo largo de su vida, donde es cada vez más común encontrarse con niños, niñas, adolescentes, jóvenes y adultos que se integran a la sociedad en escuelas, universidades y trabajos remunerados.

Las familias con frecuencia apoyan a sus integrantes, con discapacidad o necesidades educativas especiales, a superar las barreras que les puede generar su condición, para así obtener todo su potencial. Estos avances no serían tales si las familias no se encontraran tan inmersas y comprometidas con las terapias de las personas con discapacidad o necesidades educativas especiales, es así como no solo se conforman con las terapias formales que se les entregan, sino que también han ido tomando mayor auge las terapias alternativas. Entre las terapias alternativas existentes, la Equinoterapia es una de las cuales tiene mayor aceptación, por la gran cantidad de beneficios que otorga a las personas con discapacidad o necesidades educativas especiales.

Esta terapia alternativa ha generado una gran aceptación por las madres y/o padres, apoderados y familias y/o cuidadores de las personas con discapacidad, junto a sus múltiples beneficios, esta se realiza en un contexto poco habitual para una terapia, el contacto con la naturaleza hace de esta terapia un momento lúdico y de gran contacto entre jinete y caballo.

Si bien la terapia tiene grandes beneficios en quienes la practican, sus costos son elevados, por tanto no todas las personas con discapacidad o necesidades educativas especiales pueden optar a ella. En un gran avance en torno a la integración y estimulación de personas con discapacidad o necesidades educativas especiales, la Ilustre Municipalidad de Los Andes, junto al Regimiento de la misma ciudad, han realizado un significativo aporte a la comuna, entregando esta terapia de forma gratuita para las personas con discapacidad o necesidades educativas especiales de la comuna.

Es aquí donde fue posible vislumbrar la problemática a investigar ya que al ser una terapia que se cataloga como alternativa, de la cual gran parte de la población no cuenta con mayor información, es fundamental conocer el impacto que ha generado la terapia en la calidad de vida de sus beneficiarios, a través de la voz de sus madres y/o padres, apoderados y familiares y/o cuidadores, ya que de esta forma se lograra recopilar información fundamental de las necesidades, desafíos e ilusiones que tienen estos sobre la atención entregada en la terapia.



Es de suma importancia recopilar esta información, ya que de esta manera lograremos plasmar de forma efectiva y concreta la percepción real de la terapia, ya que ellos al desconocer o conocer solo una parte de esta, carecen de la información teórica en su totalidad, además los estudios e investigaciones que la avalan nos entregaran la visión para así poder corroborar también la información e investigaciones recopiladas en este documento, como, los beneficios en las distintas áreas del desarrollo que esta entrega, cada apoderado cuenta con una percepción distinta de la terapia, basada en la información que cada uno posee, por tanto llegan a esta terapia en búsqueda de distintas áreas que ellos creen que pueden ser trabajadas, desconociendo las otras que también son abarcadas por esta terapia, por ejemplo un apoderado puede buscar en esta terapia el aumento del contacto social, que es posible desarrollar a través del contacto con el equino, pero desconociendo los grandes avances que se pueden realizar en el área del lenguaje, por tanto es de suma importancia adentrarnos en la percepción que tiene cada apoderado.

Cabe destacar que la información fue recopilada de esta manera, ya que en su mayoría los asistentes a la terapia, son menores de edad y junto con esto muchos de ellos no cuentan con la capacidad para poder entregar información sobre su experiencia, ya sea por su edad o porque por su discapacidad y/o necesidad educativa especial, aun no cuentan con el desarrollo del lenguaje y cognitivo necesario para poder entregar su testimonio en las entrevistas que se realizaron.



3. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

a. Objetivos de Investigación.

OBJETIVO GENERAL

“Conocer las percepciones de los padres, madres y/o apoderados en torno al impacto en la calidad de vida de los niños, niñas y jóvenes pertenecientes al programa de Equinoterapia de la ilustre municipalidad de los andes”

b) Objetivos Específicos

- “Caracterizar las familias suscritas al programa de Equinoterapia de la Ilustre Municipalidad de Los Andes”.
- “Identificar las percepciones de los padres y apoderados involucrados en el programa de Equinoterapia de la Ilustre Municipalidad de Los Andes”.

b. Colectivo de Investigación y muestra cualitativa.

En la búsqueda de una temática de estudio enfocada en la “discapacidad o necesidades educativas especiales”, se realizó una indagación de instituciones o programas insertos en este contexto, para lo cual se contó con conocimiento previo respecto al tema de la discapacidad, decidiendo en última instancia incorporarse al “programa de equinoterapia, de la Ilustre Municipalidad de Los Andes”, lugar donde se realizara la investigación.

El acercamiento se realizó de manera paulatina, al igual que con las personas parte de la investigación, las incluyen a las personas en condición de discapacidad o con necesidades educativas especiales, él y la profesional que colabora con dicha población y a las familias de los alumnos.

El grupo total de personas beneficiadas por el programa de equinoterapia de la Ilustre Municipalidad de Los Andes, asciende a 92, niños, niñas, jóvenes y adultos con discapacidad o necesidades educativas especiales de la comuna de Los Andes, los cuales pertenecen a colegios especiales, colegios con integración escolar y personas particulares, quienes deben realizar un inscripción en la municipalidad de Los Andes para pertenecer al programa. La investigación fue enfocada, en un grupo muestral (no probabilístico) de 6 alumnos participantes del programa, pero la recopilación de información fue tratada a través de las madres y/o padres, apoderados o familiares y/o cuidadores de las personas con discapacidad o necesidades educativas especiales.



c. Técnicas de Investigación. Núcleos Temáticos.

“La frase metodología cualitativa se refiere en su más amplio sentido a la investigación que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable.”

Taylor y Bogdam(1987)

Tipo de diseño: El uso de la metodología cualitativa, se constituye como la alternativa apropiada para abordar la investigación de la temática.

La técnica cualitativa se pueden definir como: descripciones detalladas de situaciones, eventos, personas, interacciones y comportamientos que son observables. Además incorpora lo que los participantes dicen, sus experiencias, actitudes, creencias, pensamientos y reflexiones tal y como son expresadas por ellos mismos. (Watson-Gegeo) (Pastén Cordovez, 2000)

Al realizar una investigación, esta tiene diversos objetivos, ya sea el conocer un fenómeno, o brindar un aporte en el campo de estudio, o también, profundizar en temáticas anteriormente abordadas, una investigación también busca realizar cambios y/o transformaciones específicas o sociales, a partir de los conocimientos que estudios previos hayan aportado. Independiente de cual sea el objetivo de una investigación, todas buscan la comprensión en torno a una temática, profundizarla o realizar alguna transformación de algún aspecto de su interés.

El estudio es de carácter cualitativo, el cual representa un estilo y modo de investigar diversos fenómenos sociales, dando principal importancia al significado, al concepto y a la percepción u valoración que tiene una o más personas acerca de un determinado fenómeno.

La recolección de datos involucró técnicas que no buscaron obtener datos o información numérica, sino más bien realizar un análisis contextual e interpretativo en cuanto a sus resultados.

La metodología de investigación cualitativa pretende entregar información de acuerdo a una investigación científica generadora de información sistematizada y organizada, garantizando la fiabilidad y validez de la investigación por medio de la selección de técnicas y procedimientos pertinentes que entreguen información del como las personas experimentan e interpretan una determinada realidad. En este enfoque se privilegian las propias palabras y comportamientos de los participantes.

La decisión de basarse en este enfoque cualitativo es principalmente porque éste permite adentrarse en la experiencia social al que se ven enfrentados los sujetos. Cuyo objetivo es la descripción de las cualidades de un fenómeno, buscando la construcción de un concepto que pueda abarcar una parte de la realidad en la cual los sujetos se ven enfrentados a una determinada situación. Además se privilegia durante la recogida de información el vínculo participante –



investigador, debido a que nos permite observar el mundo subjetivo a través de un acercamiento al objeto de estudio.

Respecto a los instrumentos a usar en el desarrollo de la investigación, dentro de la metodología cualitativa¹⁰ que serán utilizados, la entrevista será una de estas. La entrevista, entendida como una interacción entre dos personas, la cual es planificada y obedece a un objetivo, donde el entrevistado de su opinión respecto a un asunto o problemática, por otra parte el entrevistador, recoge e interpreta la visión particular que tiene el sujeto frente a la temática abordada.

Al hablar de entrevista, con frecuencia esta es identificada como una técnica de investigación estructurada, como las encuestas de actitud u opinión o los cuestionarios. Sin embargo, cada vez es más habitual que la entrevista en profundidad sea utilizada, siendo también conocida como cualitativa, no estructurada, abierta o no estandarizada. En la metodología cualitativa, la entrevista en profundidad, se entienda como el o los encuentros cara a cara entre el entrevistador y el entrevistado, que tienen como finalidad conocer la opinión y la perspectiva que un sujeto tiene respecto a la vida, experiencias o situaciones vividas.

Por otra parte encontramos, la historia de vida, siendo tal vez es el instrumento permite conocer de mejor manera como las personas participantes en la investigación crean y reflejan el mundo social en el que viven. La historia de vida se centra en un sujeto individual, comunidad, colectivo, etc., teniendo como elemento central la narración que otorga esta persona sobre sus experiencias vitales. Las historias de vida pueden ser catalogadas como tales desde el momento en que un sujeto relata un episodio cualquiera de su experiencia de vida.

Existen varios tipos de historias de vida: (Rodríguez, G, 1999)

- a) Podemos encontrar la historia de vida **completa**, donde el investigador abarca todas las experiencias memorables y comunicables atinentes a la situación de la investigación. Esta autobiografía producida junto al entrevistador abarca desde sus primeros recuerdos de infancia hasta el mismo momento de la conclusión de la entrevista. Finalmente el investigador deberá elaborar un informe de reflexión, crítico y contextualizado del texto oral, que tendrá la finalidad de comprender el sentido propio y particular de la experiencia persona relatada por el sujeto entrevistado.
- b) Por otra parte se encuentra también las historias de vida **focales o temáticas**, estas se centran en un solo aspecto de la vida de la persona, es decir, solo abordan un tema en el curso de la

¹⁰ Rodríguez Gómez, G.; Gil Flores, J. y García Jiménez, E. (1999). Metodología de la investigación cualitativa. Málaga: Aljibe.



experiencia del entrevistado. Este tipo de historia de vida de pie para poder realizar con ella una variante, la cual sería “la historia de vida cruzada” o “múltiple”, de personas pertenecientes a la misma generación, contexto, grupo social, etc.

- c) Un tercer tipo de historias de vida, son las elaboradas por el investigador, ya sean estas “completas” o “parciales”. Es aquí donde las intervenciones del investigador se hacen evidentes, estas se hacen presentes en las aclaraciones, explicaciones, comentarios, citas, interrogantes, referencias cruzadas, etc.

La historia de vida se presenta como un buen método para la investigación, ya que aportara, en que los participantes al contar con una gran cantidad de vivencia e historia que aportar a la investigación, esta ampliara la información que podrá ser recogida, logrando así, enriquecer la investigación, con una mayor cantidad de visiones y experiencias por parte de los sujetos que participaran en esta.



CAPITULO III
“Marco Teórico”



“DISCAPACIDAD”



“El asunto de la discapacidad nunca se entenderá mientras sea un “ellos”, “ustedes” o “aquellos”. Solo podrá ser entendido cuando logre ser un “nosotros”.

MJ

La manera como entendemos o conceptualizamos una realidad no es un proceso independiente. Esto es fundamental en toda disciplina, pero es particularmente relevante en el campo de las *personas con discapacidad*, debido a las implicancias prácticas que tienen las distintas concepciones en la vida de las personas que son consideradas con discapacidad o con necesidades educativas diferentes.

1. LA DISCAPACIDAD: CONCEPTUALIZACIONES.

Las personas en condición de discapacidad han sufrido discriminación por parte de la sociedad desde los primeros días de sus vidas, y para referirse a esta población se han utilizado términos como: deficiente, inválido, lisiado, subnormal, retrasado, minusválido, impedido, excepcional, con limitaciones, entre otros.

Dichas concepciones son capaces de mostrar el rechazo de una sociedad hacia este colectivo, el cual responde a un determinado contexto, tiempo y espacio, así como también a una cultura, actitudes, costumbres, valores y hasta un modelo de desarrollo en una sociedad.

De la misma forma que las concepciones que las personas tengan pueden afectar el desarrollo de las personas en condición de discapacidad. Las creencias, las cuales son expresiones simples, consientes o inconscientes, de lo que las personas dicen o hacen, capaces de ser percibidas por la frase “*yo creo que...*”, frente a estoy y a la diversidad de representaciones sociales que rodean el concepto de discapacidad han hecho que se cree la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la discapacidad y la salud (OMS, 2001), la cual pretende “*brindar un lenguaje unificado y estandarizado y un marco conceptual para la descripción de la salud y los estados relacionados con la salud*”.

Las categorías expresadas en la CIF se hacen de manera neutral con el fin de evitar el menosprecio, la estigmatización y las connotaciones inapropiadas. La CIF, abandona el término minusvalía debido a su connotación peyorativa en inglés, además “discapacidad” no será utilizado como nombre de un componente, sino como término genérico global.

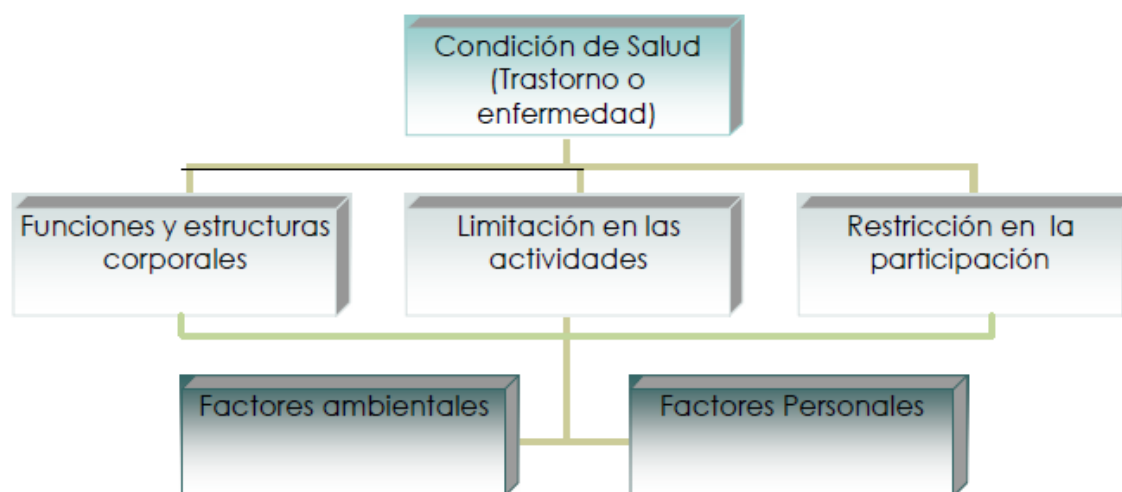
La CIF utiliza el término *persona con discapacidad*, porque el entorno es el que no brinda las condiciones para un desarrollo pleno de las personas con algún grado de limitación funcional o restricción en la participación. Al respecto, la CIF agrega que la discapacidad “*no es sólo la consecuencia de los déficit existenciales*”



en las personas, sino el resultado de un conjunto de condiciones, actividades y relaciones interpersonales, muchas de las cuales están motivadas por factores ambientales” (CNREE & JICA, 2005).

La CIF argumenta que en la discapacidad hay un substrato médico – biológico, donde juegan las características del entorno creado por el hombre y la mujer y justamente es la interacción de dichos déficit con el entorno la que da las “desventajas” que el individuo con discapacidad experimenta y en la práctica define su estatus de discapacidad (CNREE & JICA, 2005). En el siguiente esquema se plantean los conceptos con los que la CIF entiende la discapacidad y su relación con el entorno:

Esquema N°1
Modelo CIF (OMS; 2001)



Fuente (CNREE & JICA, 2005)

A manera de contextualizar la evolución del concepto de discapacidad, es importante señalar que anteriormente la manifestación de la discapacidad estaba contemplada en concepciones o clasificaciones biomédicas, como por ejemplo la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM), donde se introdujeron conceptos como *deficiencia*, entendida como anomalías en la estructura y apariencia corporal y en el funcionamiento de un órgano o sistema, como consecuencia de alguna causa; *minusvalía* descrita como una situación desventajosa que limita o impide el total desarrollo del rol normal, dependiendo de la edad y factores socioculturales del individuo.

Sin embargo en el marco de una nueva clasificación, el concepto de discapacidad es genérico y asume las tres dimensiones:

- 1) deficiencias de función y de estructuras, llamadas anteriormente deficiencias;
- 2) limitaciones en la participación, llamadas anteriormente minusvalía y
- 3) limitaciones en la actividad, lo que denominaba discapacidad.



Es posible hablar de discapacidad haciendo referencia a una “deficiencia física, mental o sensorial, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, que puede ser causada o agravada por el entorno económico y social” (Montero, 2003) Puede entenderse también como *“cualquier deficiencia física, mental o sensorial que limite, sustancialmente, una o más de las actividades principales de un individuo”* (CNREE & JICA, 2005).

Otro concepto importante de recuperar, el cual fue ratificado en Costa Rica, que obedece a las tendencias actuales, al encontrarse alineado con el paradigma de autonomía personal por recuperar las limitaciones en la actividad y enfatizar en los factores contextuales que no permiten la participación real. El concepto es propuesto por la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006) e indica que,

“Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.”

A partir de esto se dan las actuales concepciones sobre discapacidad que se utilizan la definen como *“el resultado de un contexto que no ofrece los apoyos y servicios accesibles, oportunos y efectivos a una persona con deficiencia, quien se ve limitada en la realización de sus actividades y restringida en su participación en situaciones esenciales de la vida”* (CNREE, 2007 - 2009).

La CIF aporta que la discapacidad *“es un término genérico, que incluye deficiencias en las funciones corporales y en las estructuras corporales, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación”*. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una “condición de salud”) y los factores contextuales (factores ambientales y personales)” (CNREE & JICA, 2005, pág. 99).

Desde esta perspectiva se entiende la discapacidad como un hecho social, lo que significa hablar de *“la condición de un grupo poblacional que son ante todo ciudadanos y ciudadanas participantes de la vida política social y económica”* (CNREE & JICA, 2005, pág. 99).

El otro término importante de analizar es el de *minoría social*, que en una colectividad es cada grupo que no constituye mayoría y en un país podría ser la población diferente por su raza, lengua o religión entre otros, de la población mayoritaria nacional.

González (González Návar, 2001) también las define como *“... grupos de personas que tienen en común caracteres étnicos, raciales o religiosos, y que constituyen un porcentaje relativamente bajo de la población....generalmente las minorías tienen menor poder y menos derechos y frecuentemente son objeto de discriminación”*.



Aunque el término minoría social es aún utilizado indistintamente, se debe señalar que el autor afirma que es importante ir más allá al utilizar “minoría”, al reconocer que la discriminación no necesariamente refiere a una cuestión de cantidad debido a que existen minorías poderosas económica y políticamente. Además, cabe destacar que es diferente que se tengan menos derechos, a verse expuestos o expuestas al determinante de que éstos no se hagan cumplir.

El concepto de *grupo vulnerable* suele aparecer reiteradamente en el discurso de política social latinoamericana y hace referencia “a agregados sociales cuyas características los hacen más sensibles a los problemas del desarrollo económico como son las personas pobres, las mujeres jefas hogar, las madres adolescentes, los cesantes, los jornaleros, las personas en condición de discapacidad e indígenas”. (González Návar, 2001, pág. 17)

La reflexión del mismo autor apunta a que, “El problema de esta concepción, desde la perspectiva crítica, es que no se cuestionan las causas de tal vulnerabilidad, y ante la sociedad, dejan la percepción de que el problema es de los mismos grupos vulnerables y no de la sociedad y de la estructura económica excluyente, y que tal situación de dependencia y/o pobreza es ocasionada por idiosincrasia, subdesarrollo o falta de iniciativa de los mismos grupos; hecho que teje un cuerpo ideológico que responsabiliza a las personas excluidas y marginadas de su situación y exime a los factores estructurales los poderes político y económico y a las élites que los dirigen de la responsabilidad que tienen ante la extrema situación de desigualdad social que se vive en la mayor parte de los países latinoamericanos”. (González Návar, 2001, pág. 17)

Con esta concepción de población con discapacidad como un grupo vulnerable, se pueden distinguir cuáles son los criterios que se manejan para visualizar y actuar profesionalmente con personas en condición de discapacidad, según sean los intereses de quienes tienen el poder, de esta forma se va definiendo qué tipo de políticas, programas o proyectos se deben elaborar, criterios para evaluar o diagnosticar, entre otros elementos.

1.1 Visones Concepto de Discapacidad (CIDDM – CIF).

Con el fin de entender los cambios que han ocurrido a torno a la concepción de discapacidad, resulta necesario comparar dos definiciones propuestas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), resaltando los cambios y los modelos que sustentan estas definiciones.

La primera conceptualización fue planteada en 1980 y se conoce con el nombre de “Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías” (CIDDM), siendo luego modificada en el año 2001 y titulada como “Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud” (CIDDM-2 o CIF).



Las clasificaciones señaladas son parte de un esfuerzo por crear un paradigma que tome la discapacidad como objeto de estudio. Es en este sentido donde se expresan dos posturas ontológicas distintas que buscan cumplir requerimientos personales y públicos. Así cada una se expresa de la siguiente forma:

La Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM, 1989), se presenta como una clasificación basada en la enfermedad y los estados relacionados a estas. La cual considera tres dimensiones: Deficiencia, Discapacidad y Minusvalía.

- **Deficiencia:** es la pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.
- **Discapacidad:** alude a la restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.
- **Minusvalía:** es una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de su edad, sexo y factores sociales y culturales).

Aramayo (2001) señala que *“una definición de discapacidad como la anterior se desprende de un modelo médico de la cual se sustenta. Para este modelo la discapacidad es un problema de la persona causado por una enfermedad, trauma o estado de salud el cual demanda intensivos cuidados médicos, requiere tratamiento dirigido a una curación de la enfermedad, mejor adaptación al ambiente y cambios conductuales”*. Además, desde la mirada política busca que estas sean modificadas en el área de salud para prestar mejores servicios a esta población.

Desde esta visión la persona con discapacidad requiere de una corrección de su “defecto” orgánico, para así “normalizar” y convertirlo en un individuo “sano”.

Esta definición hace énfasis en que la persona no puede realizar actividad alguna, dejando de lado la relación entre la deficiencia física, la capacidad del individuo y las expectativas sociales que recaen sobre la persona con discapacidad.

En oposición a este modelo, Aramayo expone en su ilustración que un grupo de personas con discapacidad se organiza en Inglaterra en el año 1976, para formar un movimiento el cual buscaba definir la discapacidad desde la perspectiva de sus protagonistas, buscando así también luchar por sus derechos.

Ellos plantean un *modelo social*, el cual define la discapacidad como *“una desventaja experimentada por las personas que tienen impedimentos físicos,*



*cuyas necesidades no son tomadas en cuenta por la sociedad, y por lo tanto son excluidas de una participación total en ella*¹¹.

El autor afirma que para el modelo social la discapacidad es un problema creado socialmente y está relacionado con la integración de las personas en la sociedad. Por esta razón, es primordial incidir sobre la forma de actuar, modificaciones ambientales, actitudes e ideologías, así como luchar por los derechos de este grupo de personas. Lo central de esta visión no es el impedimento mismo de la persona, sino la respuesta de la sociedad ante ese hecho que imposibilita la integración de este colectivo.

La discapacidad es un problema social, que demanda una reorientación hacia los derechos y la identidad colectiva de este grupo de personas. La constante lucha de las personas con discapacidad y sus familias, junto con el creciente debate sobre su papel dentro de la sociedad, junto con el constante cuestionamiento de las inversiones en políticas públicas de salud a nivel mundial, obligo a la Organización Mundial de la Salud a plantear cambios en la definición de discapacidad.

Estos cambios son recogidos en la Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud (CIF), el cambio se expresa claramente en las palabras utilizadas para nombrar a este colectivo, ya no se habla de discapacitado, sino de persona con discapacidad. De esta manera se singulariza el déficit orgánico y se incluye en el análisis de la problemática sobre la discapacidad, el contexto de la persona que lo presenta, las dimensiones que se analizan son:

- **Funcionamiento:** es un término genérico para designar todas las funciones y estructuras corporales, la capacidad de desarrollar actividades y de participación social del ser humano.

- **Discapacidad:** también es un término genérico que recoge las deficiencias en las funciones corporales, las limitaciones en la actividad y restricciones en la participación.

- **Salud:** como el eje clave donde se relacionan los dos anteriores, ya que se evalúa salud y estados de salud.

La diferencia entre las dos clasificaciones radica principalmente que el CIDDM propone una relación causa-efecto, entre deficiencia-discapacidad-minusvalía y el CIF (2001) se plasma como un esquema multidimensional donde cada uno de sus componentes produce un efecto sobre el resto.

La “enfermedad” (ahora condición de salud) afecta por igual a las deficiencias, a las limitaciones en la actividad (discapacidades) y a la participación (minusvalías). Además se resalta la influencia de los factores contextuales, en sus dos formas: personales y ambientales.

¹¹Aramayo, M. (2001). *La persona con discapacidades y su familia. Una evaluación cualitativa*. Caracas: Fondo Editorial de Humanidades y Educación, pag.35



En la actualidad en muchos países, el CIF constituye la base para la políticas publicas sociales, de esta forma se rechaza la visión de la discapacidad como un rasgo que define a un grupo minoritario de personas y se adopta un nuevo paradigma, de mayor inclusión, más justa y humanista, aceptando el derecho que tienen las personas con discapacidad de ser parte natural de la sociedad (Harlem, 2002).

Finalmente la discusión sobre la conceptualización sobre la discapacidad proporciona argumentos para comprender lo importante que es abordar integralmente el tema. Es claro que la noción sobre las personas con discapacidad, el papel que estos desempeñan en el entorno social y los servicios que se les brindan, reciben directa influencia de las formulaciones y políticas en salud publica propuestas por organizaciones como las OMS. Pero, sobre todo, es fundamental resaltar el efecto que los nuevos significados sociales atribuidos a la discapacidad como un elemento que interviene en la vivencia de los padres, madres y cuidadores de niños/as con discapacidad.

La propuesta conceptual del CIF (2001) orienta a evaluar los estados de salud no solo en el individuo sino también en la familia de la persona y en la sociedad, esto representa un avance y nos permite ampliar el análisis y profundizar en la discapacidad en diferentes ámbitos. Sin embargo, en su definición se siguen contemplando limitaciones en las restricciones en la participación, lo cual invita a seguir reflexionando sobre el efecto psicológico que en las personas con discapacidad y sus familias tienen que vivir; aislados del círculo educativo, laboral, económico y social.

Desde un punto de vista social llama la atención que la comunidad tolere tan poco la diversidad, estas situaciones abren caminos para el desarrollo de investigaciones con un enfoque psicológico en el área de discapacidad, las cuales no se vean limitadas solo a lo educativos-rehabilitados, sino que contemplen los elementos culturales y sociales compartidos, desde donde surgen y se nutren las practicas individuales.

1.2. Paradigmas.

Fruto de la evolución de cómo se comprende la temática sobre la discapacidad, a nivel teórico como a nivel de las relaciones sociales tanto en instituciones como en la vida cotidiana de las personas en condición de discapacidad, es posible identificar tres paradigmas en torno al tema los cuales son citado por el Instituto Interamericano sobre Discapacidad y Desarrollo Inclusivo (Astorga, 2007), representando diferentes momentos históricos, siendo descritos a continuación:

1.2.1. Paradigma Tradicional:

Este paradigma se encuentra asociado a una visión en la cual se muestra como inferiores a las personas en condición de discapacidad. Dicho de otro modo



las personas debido a su discapacidad son subestimadas, considerándolas como no “normales” y no capacitadas para hacer las cosas como el resto de las personas. En este paradigma las personas en condición de discapacidad tienen desde que nacen hasta su muerte, un puesto definido entre las personas, siendo consideradas como raras, anormales y dependientes de las demás a través de la caridad.

En muchas ocasiones quienes miran la discapacidad desde este enfoque, asocian las deficiencias a un castigo divino o la intervención del “Maligno”. En la visión tradicional de la discapacidad, algunas sociedades lo que hacían era eliminar a las personas cuyas condiciones para adaptarse iban a ser difíciles; así lo hacían hace cerca de dos mil años, en Esparta o Roma. Este paradigma viene desde la antigüedad y todavía está presente en algunas sociedades, sólo que coexiste con otras tendencias que han empezado a emerger.

A las personas en condición de discapacidad se les considera objetos de lástima y no personas con derechos o sujetos de derechos. Se localizan así las distintas formas incorrectas de denominar a una persona en condición de discapacidad, las cuales serán señaladas más adelante. Además, este enfoque tiende a infantilizar o a caracterizar como si fueran niños o niñas las personas en condición de discapacidad aun cuando ya tienen edad adulta.

Desde este posicionamiento no se reconocen las diferencias de los seres humanos, se convierten en incapaces para actividades de la vida cotidiana, por lo que sólo pueden ser sujetos de caridad. Su condición dada de discapacidad justifica su invisibilización y la no realización de acciones concretas que permitan transformar algunas de sus condiciones de vida.

1.2.2. Paradigma Biológico, Médico o Rehabilitador

Lo más importante de este paradigma es que el problema se centra en la persona con deficiencias o limitaciones. Aquí la persona es considerada paciente, quien para adaptarse a las condiciones del entorno que lo rodea (social y físico) debe ser sometido a la intervención de los profesionales de la rehabilitación.

Se considera que para superar las limitaciones funcionales del paciente o la paciente es necesario que un conjunto de profesionales y especialistas, le ofrezcan a esta persona una serie de servicios y tratamientos. Este enfoque ve a la persona como receptor pasivo de apoyos institucionalizados.

Desde este paradigma se considera que las personas tienen el derecho de que su deficiencia sea tratada. Sin embargo, los cambios en su vida van dirigidos a adaptarse al medio con acciones biomédicas, al ser seres pasivos e incapaces de participar y transformarse por sí mismos o mismas.

1.2.3 Paradigma de Derechos Humanos, Autonomía Personal o Vida Independiente.

Se focaliza en la dignidad intrínseca del ser humano, independientemente de las características o condiciones que tenga. Este paradigma coloca a la



discapacidad como una característica más dentro de la diversidad de los seres humanos y no como la característica que debe definir la vida de una persona y totalizarla en un marco de discriminación y exclusión.

Se caracteriza a la discapacidad como un producto social que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras actitudinales y del entorno, que evitan la participación plena y efectiva, así como el desarrollo de estas personas en la sociedad donde viven, en condiciones de igualdad con las demás. En este modelo el “problema” de la discapacidad está localizado en el entorno socio – cultural y físico, pues se deriva de la falta de conciencia del Estado y la sociedad hacia la diferencia, que representa la discapacidad.

Si bien es cierto que con los derechos humanos se conjuga una nueva concepción de persona con discapacidad, se debe tomar en cuenta que estas concepciones no son estáticas y que pueden responder a las necesidades de la época en que fueron diseñadas, es por ello que deben someterse a una constante revisión por la dinamicidad de la realidad.

De los principios fundamentales de este paradigma, se rescatan algunas consideraciones (Astorga, 2007):

-IGUALDAD DE OPORTUNIDADES: Principio que reconoce la importancia de las diversas necesidades de la persona, las cuales deben constituirse como la base de la planificación social, de manera que se garantice el disfrute de iguales oportunidades de acceso y participación a toda la población.

-PARTICIPACIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD: para intervenir en la toma de decisiones, planificación, ejecución y control de las acciones que los y las involucren. Además según las normas uniformes para la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad, los estados deben de reconocer el papel consultivo de las organizaciones en tal condición.

-FLEXIBILIDAD: consiste en la diversificación y adaptación de las alternativas de apoyo y de los procesos de prestación de servicios a las necesidades, intereses y expectativas particulares en las personas con discapacidad que lo requieren.

-INTEGRIDAD E INTERDEPENDENCIA DE LOS DERECHOS: se plantea que los derechos de las personas con discapacidad deben concebirse de manera integrada de acuerdo con las necesidades de cualquier ser humano.

-NO DISCRIMINACIÓN: significa no excluir, restringir, impedir o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos humanos.

-DESINSTITUCIONALIZACIÓN: se propone no ubicar a las personas con discapacidad en instituciones especializadas, cuando las condiciones y necesidades no lo requieran. Por lo tanto, se deben identificar y utilizar los medios y recursos de la comunidad.

-AUTONOMÍA PERSONAL O VIDA INDEPENDIENTE: es el derecho de las personas a tomar sus propias decisiones y tener control de sus acciones, lo



“La discapacidad es la capacidad extraordinaria de ser capaz”



cual conlleva a “la defensa de los derechos humanos, la igualdad de oportunidades, el control de sus vidas propias y los esfuerzos por llevar una vida similar a la de la mayoría de las personas.”



2. CALIDAD DE VIDA

Giné, C. (2004) plantea que, “la calidad de vida es una de las cuestiones que más ha centrado la atención de los investigadores, los profesionales y las propias personas con discapacidad en los últimos años”.

La palabra calidad de vida ha generado y genera en la actualidad un gran interés. En nuestros días este concepto es abordado por tres áreas principales de la ciencia: la economía, la medicina y las ciencias sociales (Cummins, *Moving from the quality of life concept to a theory.*, 2005). Es un concepto que pretende mejorar las condiciones de vida de toda la población.

En los tiempos que corren tener una buena calidad de vida es un bien muypreciado, el cual ha sido y seguirá siendo una aspiración del ser humano. Para profundizar en su concepción actual y en las razones por las que este concepto ocupa un lugar tan importante es preciso conocer cómo se ha desarrollado, qué influencia ha tenido en diferentes áreas de la vida de población en general y qué cambios ha generado en el caso de personas con discapacidad.

2.1 CONCEPTO CALIDAD DE VIDA

El interés por el concepto de calidad de vida, no es algo que sea propio de la época actual, ya desde los siglos V y IV a.c., Platón y Aristóteles reflexionaban sobre diferentes dimensiones de calidad de vida. (Arostegui, 1998)

El concepto de calidad de vida comienza a popularizarse en la década de los 60 del siglo XX. Antes de esta fecha las medidas que se utilizan a nivel internacional se basaban en “indicadores sociales”, como los definidos por el departamento de Salud Pública y Educación y Bienestar. (Cummins, 1996) Estos indicadores tenían dos objetivos centrales, medir objetivamente y ser normativos para una población o grupo.

En la actualidad se ha convertido en un concepto ampliamente utilizado en diversos ámbitos, como la economía, la educación, la salud, la publicidad, la política y el mundo de los servicios en general.

El término calidad de vida proviene originalmente de la medicina, si bien pronto se expandió a la sociología y psicología. Su desarrollo tiene dos fases relevantes. La primera surge con las primeras civilizaciones y se extiende prácticamente hasta finales del siglo XVIII y se preocupa por la salud privada y pública. La segunda aparece con el desarrollo de la concepción del Estado y la instauración de una serie de leyes que garantizan los derechos y bienestar social del ciudadano que converge con la aparición del estado de bienestar. (Moreno, 1996)

Desde un punto de vista científico el concepto de calidad de vida lleva siendo estudiado desde hace varias décadas. En los años 50 y 60 surge el interés



por conocer el bienestar humano en una sociedad recientemente industrializada. Por este motivo las ciencias sociales comienzan a desarrollar indicadores sociales y estadísticos que permitan medir datos y hechos relacionados con el bienestar social de la población.

En los años 80 la calidad de vida es vista como un constructo social. El desarrollo y perfeccionamiento de los indicadores sociales provoca un proceso de diferenciación entre éstos y el concepto de calidad de vida. Este último comienza a definirse como un concepto integrador que comprende todas las áreas de la vida y que hace referencia tanto a componentes objetivos como subjetivos. (Gómez-Vela, 2005)

En el ámbito de la discapacidad en la década de los 80 se adopta el concepto de calidad de vida por cuatro razones principalmente.

En primer lugar porque el concepto capta la nueva visión de las personas con discapacidad en cuanto a autodeterminación, inclusión y empoderamiento, y se convierte en un vehículo para alcanzar estas metas.

En segundo lugar porque aporta un lenguaje común que refleja objetivos como la normalización, la desinstitucionalización, la integración. Responde además a la necesidad de que los programas rindan cuentas de lo que hacen.

En tercer lugar, puesto que es un concepto coherente con la revolución de la calidad de los productos y de los resultados.

Finalmente, porque el concepto es congruente con las expectativas de los destinatarios de servicios y apoyos, quienes esperan que éstos influyan de manera significativa en sus vidas. (Schalock R. L., 2007)

Desde la década de los 90 se comienza a tratar de manera más específica el concepto de calidad de vida, sus dimensiones y cómo éste se puede ir integrando en las prácticas profesionales en diversas áreas de conocimiento. Por este motivo es necesario entender su significado semántico. Así pues, al hablar de “calidad” pensamos en excelencia, asociada a características humanas como la felicidad y satisfacción. Cuando nos referimos a “vida”, el concepto concierne a la misma esencia, a aspectos humanos especiales de la existencia humana. (Schalock R. y., 2002/2003).

Si bien el sentido semántico ha permanecido invariable en las últimas décadas, su comprensión y uso ha evolucionado considerablemente.

En la actualidad el concepto de calidad de vida es utilizado como una noción sensibilizadora que proporciona una referencia y orientación desde la perspectiva del individuo centrado en la persona y en su ambiente, y que también se emplea como constructo social para mejorar el bienestar de la persona y contribuir al cambio social.

Además el concepto de calidad de vida constituye un tema unificador que otorga un lenguaje común y un marco sistemático para aplicar conceptos y principios asociados. (Schalock R. B., 2002)



La aplicación del concepto de calidad de vida en personas con discapacidad se manifiesta en cinco principios:

1. El objetivo fundamental de la aplicación del concepto es mejorar el bienestar personal.
2. La calidad de vida se debe aplicar teniendo en cuenta la herencia cultural y étnica del individuo.
3. Cualquier programa destinado a la mejora de la calidad de vida debe contribuir al cambio a nivel personal, de programas, comunidades y naciones.
4. La aplicación del concepto de calidad de vida debe permitir mejorar el control personal y las oportunidades individuales en relación con sus actividades, intervenciones y ambientes.
5. Calidad de vida debe ocupar un papel prominente recogiendo evidencia y especialmente identificando los predictores de una vida de calidad y del impacto de los recursos destinados a potenciar los efectos positivos.

A pesar de que existe un acuerdo general en cuanto a las dimensiones que comprenden la calidad de vida (Fig 1), así como de su naturaleza subjetiva y objetiva, la evaluación de la calidad de vida en personas con discapacidad no es una tarea fácil, especialmente en personas con discapacidades severas que no son capaces de comunicar deseos, necesidades o su nivel de satisfacción con sus condiciones de vida. Así, varias investigaciones han indicado que su nivel de funcionamiento está relacionado con su calidad de vida, es decir, individuos con niveles más altos de funcionamiento muestran una mejor calidad de vida.

Figura 1: Dimensiones e indicadores de calidad de vida. (Schalock R. y., 2002/2003)

DIMENSIONES	INDICADORES
Bienestar Emocional	<ul style="list-style-type: none"> • Alegría • Autoconcepto • Ausencia de estrés.
Relaciones Interpersonales	<ul style="list-style-type: none"> • Interacciones • Relaciones de amistad • Apoyos
Bienestar Material	<ul style="list-style-type: none"> • Estado financiero • Empleo • Vivienda.
Desarrollo Personal	<ul style="list-style-type: none"> • Educación • Competencia personal • Realización.



Bienestar Físico	<ul style="list-style-type: none">• Atención sanitaria• Estado de salud• Actividades de la vida diaria• Ocio.
Autodeterminación	<ul style="list-style-type: none">• Autonomía/ control personal• Metas y valores personales• Elecciones.
Inclusión Social	<ul style="list-style-type: none">• Integración y participación en la comunidad• Roles comunitarios• Apoyos sociales
Derechos	<ul style="list-style-type: none">• Legales• Humanos (dignidad y respeto).

En personas con una discapacidad severa y/o con un comportamiento adaptativo limitado, las medidas estandarizadas pueden proporcionar una evaluación sesgada de su calidad de vida, ya que ésta puede verse influenciada por las habilidades, deseos y recursos. Si bien para personas con discapacidad severa algunos aspectos de la calidad de vida, como la productividad o la independencia, pueden ser menos importantes que otros, como la seguridad, la salud, el bienestar personal y la calidad de los cuidados recibidos para determinar su calidad de vida.

Aunque en el área de la discapacidad intelectual nos podemos encontrar con ciertas dificultades para evaluar la calidad de vida, como son el bajo nivel de funcionamiento, la falta de experiencias vitales u oportunidades, dichos obstáculos han de servir de estímulo para seguir trabajando en el desarrollo de técnicas y métodos, que nos permitan conocer de la mano de los propios usuarios o de las personas más cercanas a éstos, cómo es y cómo espera que sea su vida.

Esto es fundamental para realizar las intervenciones necesarias a nivel social y personal para favorecer su calidad de vida.

La revisión de la literatura especializada permite visualizar el avance que se ha producido, desde aludir únicamente al bienestar humano hasta entender e integrar la calidad de vida en las diferentes prácticas profesionales. Como vemos la calidad de vida es y seguirá siendo un concepto de interés para los investigadores en las diferentes áreas del conocimiento. Ello irá generando nuevas prácticas eficientes y oportunas en contextos variados, no sólo para las personas en general, sino también para todos aquellos que se encuentren en desventaja social.



3. LENGUAJE INCLUSIVO.

Es posible observar que al dirigirse o mencionar a una persona con discapacidad, los distintos medios de comunicación, redes sociales, en congresos, e incluso las propias personas con discapacidad y organizaciones que los representan, muestran términos y formas de referirse a las personas con discapacidad, que podrían ser mejorables.

En un supermercado, una familia formada por los padres y dos hijas, pasan cerca de una persona con discapacidad, se encuentran hablando de los trabajos que sus hijas deben realizar en la escuela, la persona con discapacidad escucha decir a la hija mayor: *“Mañana tengo que entregar un trabajo sobre minusválidos”*. Observando a esta familia es posible reflexionar ¿Cómo es posible que una niña este llamando *“menos valido”* a una persona?, ¿Es eso lo que le enseña su familia?, o como ella indico, un trabajo ¿Es eso lo que aprende en la escuela?

Al realizar estas preguntas sobre como una niña usa un término peyorativo con tanta facilidad, todo se resume en que es algo normal, pues esto lo ve y escucha en ambientes como la calle, la familia, la formación, en los medios de comunicación, en libros, en las redes sociales, etc.

En la sociedad de hoy, se puede oír en la calle o en los medios de comunicación, utilizar términos como *“subnormal”*, *“psicópata”*, *“retrasado”*, para insultar a una persona, o para describir a alguien que tiene algún tipo de discapacidad. Estos adjetivos habitualmente utilizados significan: *“menos valido”*, *“no normal”*, *“defectuoso”*, *“incompletos”*, y son el motivo por el cual, hay personas que se ofenden cuando alguien se refiere a ellos con dichos términos. En el mayor número de ocasiones que aparecen estas palabras, no se pretende ofender o desprecias intencionalmente, bien porque se usan eufemismos, bien por tener miedo a decir a estas personas inferiores. Estas palabras les califican como si no fueran capaces de hacer nada en la vida, y que solamente son cuidados y atendidos por otras personas, nada más lejos de la realidad, son personas con capacidades que necesitan una serie de instrumentos para demostrar lo que valen. Estas personas, forman parte de la diversidad de la sociedad en la que viven, no es necesario poner más obstáculos, ya tiene bastantes con lo que se encuentran diariamente en el entorno que se mueven.

El lenguaje discriminador es también utilizado por las propias personas con discapacidad, incluso por sus organizaciones representativas, y son precisamente ellos los que deben dar el ejemplo y ser los primeros en trabajar en colocar un lenguaje que los defina.

Todos los grupos sociales en situación de desventaja social debieran modificar el lenguaje que les perjudica, por eso es tan importante darle un buen



uso, en cada caso utilizar los términos adecuados. Si bien en la mayoría de las ocasiones no se pretende despreciar conscientemente, sino que forma parte de la cultura de centenares de años definiendo a los miembros de este colectivo como seres inferiores.

Frente a esto es posible preguntar: ¿Cuáles son las palabras adecuadas para dirigirnos a las personas con discapacidad? Tanto en los medios de comunicación, al preparar y realizar un discurso, cuando se escribe, etc. Las personas se deben asegurar que utilizan terminología inclusiva y evitar los términos ofensivos.

El lenguaje peyorativo ha acompañado siempre a los colectivos que padecen discriminación, e incluso marginación: mujeres, homosexuales, gitanos, inmigrantes, personas sin hogar, personas con discapacidad, etc., por parte de un sector de la población que se considera “*normal*”, utilizando un lenguaje despectivo e insultante. Se trata de suprimir, en la medida de lo posible, las barreras mentales que tanto daño han hecho y siguen haciendo a las personas con discapacidad, y que están íntimamente relacionadas con un lenguaje que es el que transluce esa mentalidad negativa (Fernández Iglesias, 2006). Este lenguaje coloca a las personas con discapacidad en una categoría de lo “*no normal*”.

En la mayoría de las ocasiones no se pretende despreciar, sino que forma parte de la cultura, y se utilizan en la calle, como por ejemplo las palabras “*invalidez*” o “*incapacidad*”, utilizadas en el sector laboral y en las pensiones, cuando una persona ha sido calificada después de sufrir un accidente o enfermedad laboral. Es habitual, referirse a las personas con movilidad reducida con palabras poco positivas como “*inválido*” o “*incapacitado*”.

El uso de eufemismos como “*invidentes*”, la cual es una manifestación suave de una expresión dura, hacen que las personas se sientan ofendidas y prefieran términos diferentes. La palabra “*invidente*” tiene el prefijo in-, y significa negación o privación, o sea, se encuentra “*privado de visión*”, eso significa que los que ven son “*videntes*”, por tanto, son personas que “*adivinan el futuro*”.

Posiblemente la palabra más extendida es “*minusválido*”, y tiene un calado muy alto en la sociedad. De ella se extrae el prefijo “*minus-*” que significa menos, y el término “*válido*” que hace referencia a la persona que vale, que tiene condiciones estimables, que es útil, así pues, el término “*minusválido*” es el menos válido, que disminuye el valor de la persona, con lo cual, es una palabra con connotaciones sociales negativas y supone una depreciación de la persona.

Un término con menos connotaciones sociales negativas que la palabra “*minusvalía*”, es la palabra “*discapacidad*”, que hoy día se tiende a usarla más. Está relacionada con “*capacidad*” que según la Real Academia Española, supone



una aptitud, talento, cualidad que dispone alguien para el buen ejercicio de algo, o sea, ser capaz de realizar ciertas cosas, y eso supone que la “discapacidad” es no estar capacitado para el desempeño de ciertas actividades, pero no supone una disminución en la valía, ni en el valor de las personas. El Foro de Vida Independiente está en desacuerdo con la utilización del término “*persona con discapacidad*” y optan por otras que entienden como más positivas como “*personas con diversidad funcional*”.

Para referirse a personas con una discapacidad intelectual, como pueden ser las personas con autismo o con síndrome de Down, se utilizan términos ofensivos como “*retrasado*” o “*subnormal*”. El prefijo “sub-” significa bajo o debajo de, indicando inferioridad.

La palabra “*postrado*” usado en frases como, “*se encuentra postrado en la cama*” o “*está postrado en una silla de ruedas*”, que según la Real Academia Española significa: “*Rendir, humillar o derribar algo. Enflaquecer, debilitar, quitar el vigor y fuerzas a alguien. Arrodillarse o ponerse a los pies de alguien, humillándose o en señal de respeto, veneración o ruego*”, debería ser sustituida por “*se encuentra en una cama*” y “*es usuario de una silla de ruedas*”.

Un error muy común usado por los medios de comunicación y por las propias organizaciones afines al sector de la discapacidad, es retratar a las personas con discapacidad que han tenido éxito como superhéroes, llenos de vitalidad, coraje o que son especiales, distorsionando la imagen de la discapacidad, implicando que es insólito tener talento o habilidades por parte de estas personas, o haciendo entender que todos los miembros de dicho sector social pueden llegar a cuotas similares de éxito. Estas situaciones no son reales, el superar barreras depende de las circunstancias personales, educativas y culturales, de cada individuo, y se debe mostrar a las personas y no la superación de la discapacidad, lo mismo que se retrata a los que tienen éxito, se debe retratar a las que no lo tienen, y que todos los días superan barreras que les impide llevar una vida digna.

Al hacer comparaciones y referirse a personas sin discapacidad, se suele utilizar el término “*normal*”. Un ejemplo sería: “*Las personas con discapacidad tienen más problema a la hora de encontrar trabajo que las personas normales*”, esta situación da a entender que las personas con discapacidad no son normales, y es importante entender que por la discapacidad que tienen no dejan de ser normales y corrientes.

Los medios de comunicación masiva, que son recibidos por una gran audiencia, como son la televisión, la prensa escrita, la radiodifusión, el cine, tienen una gran responsabilidad, y juegan un importante papel a la hora de mostrar una comunicación positiva, contribuyendo a mejorar la imagen de las personas con



discapacidad. El tiempo y el espacio en estos medios es muy valioso, y es más práctico usar términos como “*minusválido*” en vez de “*persona con discapacidad*”, o “*perturbado*” en vez de utilizar “*persona con esquizofrenia*”, o “*retrasado*” en lugar de “*persona con síndrome de Down*”.

Fernández (Fernández Iglesias, 2006) advierte que muchos medios de comunicación siguen ignorando y teniendo prejuicios y barreras mentales cuando tratan el mundo de la discapacidad. Por el enfoque o por el contexto, las informaciones, además de escasas, pecan de negatividad, sensacionalismo, victimismo o conmisericordia, falta naturalidad y sentido de la proporción, y el lenguaje sigue siendo inapropiado, palabras como “*minusválido*”, “*inválido*”, “*sufre*” o “*padece*” tal o cual “*minusvalía*”, está “*postrado*” en la cama o en una silla de ruedas, etc. son habituales en los medios de comunicación, da igual que éstos sean locales, autónomos o estatales, de radio, prensa escrita, internet o televisión.

Lo más importante que hay que saber a la hora de mencionar a personas con discapacidad es que son personas, y por tanto, son muy distintas entre sí, incluso en lo que se refiere a su actitud sobre su discapacidad, algunas personas prefieren términos diferentes, otras se ofenden mucho con la terminología y a otras les da igual. Para la mayoría de personas con discapacidad, lo importante es que se muestre respeto por la persona, y se vea más allá de la discapacidad (Henry, 2008).

Cuando las personas tengan que escribir en medios de comunicación o dirigirse a un público específico, han de informarse e investigar un poco, para evitar posibles palabras ofensivas, asegurándose que la terminología que está usando es aceptada. Es necesario ver y sentir que las personas con discapacidad, son ciudadanos de una Sociedad Diversa, las limitaciones que tienen y se encuentran, proceden de barreras de la propia sociedad, y no de su discapacidad.

Puede que los términos ofensivos usados no sean intencionados, como consecuencia de una falta de comprensión, por prejuicios o por no estar informado, es por ello, que es recomendable la formación en materia de igualdad de trato a las personas con discapacidad, que tenga en cuenta la necesidad de usar apropiadamente términos referidos a la discapacidad y la diversidad.

3.1 Recomendaciones y Pautas uso de Terminología Apropriada

A continuación se muestran unas recomendaciones, en cuanto al trato a personas con discapacidad, para conseguir una comunicación positiva que pueda contribuir a mejorar la imagen de la discapacidad. Las referencias usadas para la realización de esta guía han sido la Declaración de Salamanca (2004), y las pautas de estilo propuestas por el Real Patronato (Fernández Iglesias, 2006):



1. Cuando se refiera a la discapacidad de una persona, se debe poner el énfasis en la persona y no en el uso de etiquetas genéricas. Es mejor decir “persona con autismo”, “personas con discapacidad auditiva” o más genérico “persona con discapacidad” mejor que “el autista”, “los sordos” o “el discapacitado”.
2. Usar el término "la discapacidad" mejor que "la deficiencia" para referirse a la discapacidad de una persona. Es mejor usar "accesible" para describir las “deficiencias”, como en el caso de “un aparcamiento con deficiencias”, usar mejor “un aparcamiento poco accesible”.
3. Evitar sustantivar adjetivos como "el discapacitado, el minusválido, el ciego, los epilépticos, un tetrapléjico", etc. Los términos descriptivos deben ser usados como adjetivos, no como sustantivos.
4. Evitar las descripciones negativas o sensacionalistas de la discapacidad de una persona: "sufre de", "una víctima de", o "afligido con", o referirse a personas con discapacidad como "pacientes", a no ser que lo haga porque estén recibiendo tratamiento médico.
5. No retratar a las personas con discapacidad, que han tenido éxito social o profesional, como superhéroes, llenas de coraje o especiales, esto distorsiona la verdad e implica que es insólito tener talento o habilidades por parte de este colectivo. Lo razonable es mostrar a las personas con discapacidad que tienen éxito y a las que no lo tienen, pero que luchan todos los días por llevar una vida lo más normalizada posible y, centrarse en la persona y no en la discapacidad.
6. No usar el término "normal" para describir a las personas sin discapacidad o para comparar, es mejor decir "personas sin discapacidad".
7. No decir "condenado a una silla de ruedas" o "limitado a una silla de ruedas”, las personas que usan instrumentos o equipos para la movilidad, gracias a estos, tienen la libertad y la accesibilidad que de otro modo les es negada.
8. No usar verbos o términos negativos, al presuponer que sufre o experimenta una disminución en su calidad de vida, como “sufre esquizofrenia”, “padece sordera”, “afectado por polio”, “víctima de”, es mejor utilizar el verbo “tener” que es menos negativo, “tiene una distrofia muscular”.
9. Uso de eufemismos como “personas diferentes”, “con problemas físicos”, “físicamente limitados”, “invidentes”, y diminutivos como “sillita” o “carrito” para referirse a la silla de ruedas, o “taca taca” para definir un andador. Lo correcto sería hablar de “personas con discapacidad física o con problemas de movilidad” o “personas discapacidad visual”.



3.2 Lenguaje Inclusivo

A continuación se muestra una tabla resumen de lo visto hasta ahora con algunos ejemplos. La columna de la izquierda los términos de uso correcto y menos peyorativos, que los de la derecha, siendo inapropiados. Note, además, que la palabra persona siempre ocupa el primer lugar.

USO CORRECTO	USO INAPROPIADO
Persona con discapacidad, Persona con capacidades diferentes.	Discapacitado, anormal, incapacitado, deficiente, minusválido, diferente
Persona sin discapacidad	Persona normal
Dice que tiene una discapacidad	Admite que tiene una discapacidad
Personas mayores	Ancianos, viejos, mayores
Persona con habilidades diferentes	Persona que sufre una discapacidad
Persona exitosa, productiva	Ha superado su discapacidad
Presenta, posee, tiene ... discapacidad	Padece, sufre, aquejada de, víctima de ... discapacidad
Prevenir la discapacidad	Evitar la discapacidad
Reducir los índices de discapacidad	Eliminar la discapacidad
Persona ciega	Ciego, invidente
Persona con discapacidad visual Persona con baja visión	Cieguito, cegato, corto de vista, tuerto
Persona con discapacidad lingüística. Persona que utiliza comunicación aumentativa.	Mudo
Persona con discapacidad auditiva, Persona con hipoacusia.	Sordo, Sordomudo. Sufre una pérdida
Persona con discapacidad física, Persona con movilidad reducida	Mutilado, inválido, parálítico, cojo, tullido, lisiado
Persona con esclerosis múltiple.	Afectada por esclerosis múltiple
Persona de talla baja	Enano, pitufo
Persona usuaria de silla de ruedas	Confinado en una silla de ruedas. Postrado en silla de ruedas
Persona con distrofia muscular	Afectada por distrofia muscular
Persona con parálisis cerebral	Víctima de la parálisis cerebral
Persona con discapacidad congénita	Defecto de nacimiento
Persona con epilepsia	Epiléptico
Persona con esquizofrenia	Esquizofrénico
Persona con discapacidad psicosocial,	Loco, demente, trastornado



Persona con autismo	
Persona con discapacidad intelectual, persona con necesidades educativas especiales	Mongólico, retardado, retrasado mental, trastornado
Persona con síndrome de Down	Retrasado, deficiente mental. Imbécil, tonto, subnormal.
Persona con enfermedad mental. Persona con discapacidad psíquica	Demente, enfermo mental



4. PRINCIPIOS PARA LA INTERVENCION EN DISCAPACIDAD.

Además de las conceptualizaciones correspondientes a la discapacidad, es importante señalar principios para la intervención los cuales entregaran un trasfondo a la acción en el campo de la discapacidad y la intervención con las familias de las personas con discapacidad. Los cuales son:

- 1) Principio de la Participación Social.
- 2) Principio de la Normalización.
- 3) Principio de Integración.
- 4) Principio de respeto y promoción de la diversidad o diferencia.
- 5) Principio de competencia.

1. Principio de Participación Social

En ocasiones los requerimientos a las responsabilidades públicas han contribuido a una disminución de recursos y capacidades de las personas, las familias, las comunidades, en definitiva, de la sociedad. Con este principio, se favorece el máximo de participación de la sociedad en la gestión de las respuestas a las necesidades sociales. Esto se concreta, por ejemplo, en: participación de los usuarios en la gestión de los programas, promoción de iniciativas de la comunidad, gestión por parte de organizaciones no gubernamentales, etc. Todo ello potenciando el necesario compromiso de las administraciones públicas.

Desde este principio, se valora cada vez más la importancia de la familia como espacio de respuesta a muchas necesidades sociales y para la prevención de muchas situaciones problemáticas. Por eso toda intervención habrá de partir del análisis de lo familiar y considerar su impacto en la familia. La participación es tanto medio como fin de la acción social. La acción social formalizada u organizada (sea pública o privada) se reconoce complementaria y reforzadora de los recursos, mecanismos, redes y procesos informales de las personas, las familias, las comunidades.

2. Principio de Normalización

El principio de normalización surgió en el entorno de la atención a personas con deficiencia mental hace ya varias décadas. Es de aplicación, sin embargo, a muchas poblaciones marginadas o desvalorizadas por la sociedad. Plantea que se debe ofrecer a los usuarios de servicios o beneficiarios de programas de intervención social, aquellos medios, condiciones de vida, denominaciones, etc. tan culturalmente normativos o valorados como sea posible.

No se trata *de normalizar a la persona*, es decir, de conseguir que las personas se desarrollen o comporten siguiendo las normas aceptadas por la sociedad, sino de garantizar que tienen a su disposición los medios que en su entorno son valorados o deseados en general. El principio de normalización nos ayuda a hacernos conscientes de la importancia de las imágenes y valoraciones sociales en los procesos de desarrollo personal y colectivo.



3. Principio de Integración.

Este principio propugna el no impedimento a las personas desarrollar su vida en la comunidad y que los mismos servicios sean efectivamente ofrecidos a todos sin discriminación (por ejemplo por tener una discapacidad, por el género, el color de la piel, etc.). Según el principio de integración se ha de ofrecer siempre el entorno menos restrictivo o segregado que sea posible.

La integración no es la incorporación de un elemento en un conjunto sin cambios en éste. La integración es un proceso en el que hay adaptación mutua entre quienes estaban marginados y el sistema o entorno que los margina. Cada vez se habla más de inclusión. Los que proponen este término afirman que se habla de integración cuando se parte de la existencia de servicios o entornos segregados. El planteamiento de la inclusión es el de quien, por decirlo así, parte de la base de que no hay razones para la exclusión y lo natural es una sociedad y unos servicios para todos.

4. Principio de Respeto y Promoción de la Diversidad o Diferencia.

Desde el principio de normalización e integración se propugna un mundo y una sociedad donde todos tengamos cabida con los mismos derechos. Sin embargo esa sociedad no podrá estar compuesta de seres uniformes cortados por un mismo patrón. Desde este principio se reivindica el derecho a la diferencia y se cree que todos esos colectivos sin cabida en esta sociedad son portadores de valores, pautas de comportamiento y propuestas de inestimable valor. Todas y todos tenemos los elementos necesarios para seguir construyendo la sociedad participativa e inclusiva que se quiere.

5. Principio de Competencia

Este principio afirma que toda persona, grupo, comunidad es competente para dar respuesta a sus necesidades. Todos podemos aprender, cambiar, desarrollarnos. Y todos necesitamos de los otros para dar respuesta a nuestras necesidades.

Antiguamente, por ejemplo, se dividía a las personas con deficiencia mental en educables, adiestrables y custodiables. Desde el principio de competencia no podemos aceptar ese tipo de clasificaciones. Y toda persona tiene derecho, en la medida de sus posibilidades, a optar, arriesgarse, autodeterminarse.



5. LAS FAMILIAS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD.

Con el fin de adentrarse en el tema de la familia de las personas con discapacidad es posible señalar que estas tienen más de 30 menciones en el Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad (UNIDAS, 1988). Ello no es sino un indicador de la gran importancia que las nuevas corrientes de pensamiento y acción en materia de discapacidades otorgan al hecho de entender a la persona en su contexto familiar y comunitario y desde esa comprensión plantear la intervención del profesional.

Cabe destacar que no todas las familias son iguales, una familia con un miembro con discapacidad no tiene por qué diferenciarse en muchos aspectos de una familia que no tiene un miembro con discapacidad. Es un error atribuir a la presencia de un miembro con discapacidad todas las características o fenómenos que vivencia la familia.

5.1 La Familia Antes de Tener un Hijo con Discapacidad

Antes de que el niño nazca o de que se anuncie la discapacidad, la familia ya ha recorrido un camino desde su conformación como familia. Es importante conocer cuál ha sido ese camino y cómo se ha recorrido (Ríos González, 1994).

Es importante saber si hay otros hijos o no, los vínculos familiares que tiene con su entorno, si hay una buena comunicación entre sus miembros, cuál es su ritmo de vida, cuáles son sus valores dominantes, qué expectativas tienen puestas en el hijo que va a nacer, etc.

Todo este tipo de características preparan mejor o peor el terreno para un hecho, que de todos modos, en muchas ocasiones, va a ser inesperado y problemático: el nacimiento de un hijo con discapacidad o la detección o aparición de las mismas tiempo después del nacimiento.

Así, volviendo a los puntos antes comentados se suele afirmar que - probablemente- el haber tenido otros hijos antes pueda favorecer una mejor adaptación, ya que la espera de un segundo o tercer hijo es menos estresante que la del primero, y los cuestionamientos sobre uno mismo se ven atenuados por el hecho de haber engendrado hijos sin discapacidad con anterioridad.

Es positivo tener una buena red social de apoyo (familiares, vecinos) tanto para el apoyo material como moral. Un buen orden y reparto en las actividades y relaciones en el seno de la familia, supone una unión más fuerte la cual contribuirá a sobrellevar mejor la crisis. Muchas veces puede ocurrir que no se cuestione el rígido reparto de roles (que en cualquier caso podría ser criticable) entre marido y mujer, incluso en el caso en el que las *tareas de la madre* se vean incrementadas por los problemas específicos del hijo con discapacidad.

Otro elemento importante es el de la ideología o los valores de la familia, los estereotipos (o en su caso el conocimiento) sobre las discapacidades que tengan



con anterioridad, las expectativas para con el hijo o hija. No será lo mismo una familia centrada en el éxito social que una que valore más el afecto humano.

Independiente de las circunstancias previas de la familia, parece indudable que la aparición de la discapacidad provoca una crisis. En muchas ocasiones se enseña que “crisis en chino se escribe con los caracteres ‘oportunidad’ y ‘peligro’”. Esa crisis es la que se busca analizar a continuación.

5.2 La Familia tiene un Hijo con una Discapacidad.

En ocasiones -por ejemplo cuando nace un niño con síndrome de Down- en el momento del nacimiento se puede entregar un diagnóstico de la condición del niño que acaba de nacer. En otros casos la condición se produce o se detecta más tarde.

Al entregar el diagnóstico a los padres, en primera instancia es esencial saber definir quién comunica la noticia, a quién se la comunica, cuál es el contenido que se transmite, cómo se transmite, etc. Por ejemplo, no es lo mismo que el médico hable sólo con el padre y que le entregue un diagnóstico breve y frío, que si se facilita una situación de diálogo, con equipo médico, se den orientaciones de cómo actuar, etc. A pesar de existir orientaciones a la hora de entregar esta y otras noticias a las familias, no es poco frecuente que se utilice una manera inadecuada de comunicar a las familias las noticias.

Es en ese momento en que los padres busquen apoyo en sus experiencias, conocimientos o estereotipos anteriores sobre las discapacidades e irán -sumidos en emociones probablemente tristes y dolorosas- elaborando, pensando la realidad del niño y la suya. Es normal que afloren sentimientos de rechazo, miedo, impotencia o culpabilidad, que no se sienta al hijo como propio (pues no es el que habían imaginado), que se produzca cuestionamientos, que se generen conflictos en la pareja, etc.

En ese momento es fundamental para los padres sentirse aceptados incluso con sentimientos que pueden avergonzarles, poder desahogarse y también tener acceso, poco a poco, a orientaciones prácticas sobre el qué hacer. Muchas veces son otros padres de niños con discapacidades los que mejor pueden ayudar en todo esto.

El punto de partida es distinto cuando la discapacidad es detectada o sobreviene con posterioridad. En estos casos cuando se trata de un accidente (en el que por ejemplo se esperaba la muerte) o cuando se han ido teniendo sospechas y, por fin, se recibe un cierto diagnóstico, el choque inicial puede ser menor pues vino precedido de expectativas, a veces más dolorosas.

Otro caso diferente es el de los padres con una discapacidad, más aún en la medida en que hayan asumido de antemano que es posible que su hijo presente una discapacidad similar a la suya. Un ejemplo es el caso de padres con discapacidad auditiva con hijos con discapacidad auditiva, en el que, además de una posible actitud más positiva de partida existe un lenguaje (el lenguaje de



señas) que les va a permitir interactuar con sus hijos e hijas de un modo similar a como lo hacen padres oyentes con hijos oyentes (VALMASEDA, 1995).

En general, a partir de este momento comienza un peregrinaje de especialista en especialista. En parte puede venir dado por la *esperanza* de que alguno digan que el anterior se había “*equivocado*”, pero en otras ocasiones viene provocado por las deficientes explicaciones y orientaciones que se dan a las familias. En este acudir a especialistas (en este momento o en el futuro de la vida de la persona con discapacidad), muchas veces los profesionales refuerzan en los padres la idea de que su hijo o hija es *cosa de especialistas* dificultando el acercamiento natural a los padres y a otras terapias no tradicionales.

Afortunadamente la mayoría de los padres llegan, antes o después, a relativizar el conocimiento de los profesionales, valorando y reivindicando el conocimiento que como padres tienen de su hijo o hija (ESPINÁS, 1987).

5.3 Variables que Influyen en las Familias con Personas con Discapacidad

Como síntesis del apartado es posible recoger las variables identificadas en un artículo que examina la literatura publicada sobre el estrés y el afrontamiento en familias con niños con discapacidades (SCORGIE & WILGOSH, 1998). Se resumen las variables en cuatro grupos:

1. Variables familiares (como el *estatus* socioeconómico, la cohesión, el ánimo, las habilidades y creatividad para la resolución de problemas, los roles y responsabilidades y la composición).
2. Variables de los padres (como la calidad de la relación de pareja, el *locus of control* de la madre (en qué se fija, a qué le da importancia), la estima y cuestiones de tiempo y horario).
3. Variables del niño (como el grado de la discapacidad, la edad, el género o el temperamento).
4. Variables externas (como actitudes sociales estigmatizantes, apoyos del entorno y colaboración con profesionales).



**ZOOTERAPIA,
“ANIMALES QUE
CURAN”**



"La verdadera bondad del hombre sólo puede manifestarse con absoluta limpieza y libertad en relación con quien no representa fuerza alguna. La verdadera prueba de la moralidad de la humanidad, la más honda (situada a tal profundidad que escapa a nuestra percepción), radica en su relación con aquellos que están a su merced: los animales."

MilanKundera.

1. TERAPIAS ALTERNATIVAS/NATURALES.

Las Terapias Alternativas son aquellos métodos para rehabilitar basados en una manera global de enfrentar los cuidados de la salud y el tratamiento del cuerpo, la mente y el espíritu, apoyándose para ello en métodos naturales. De allí deriva su reconocimiento como terapias alternativas. El término designa de forma amplia los métodos y prácticas usados como complemento de los tratamientos convencionales para rehabilitar, curar o paliar discapacidades y/o enfermedades.

Muchas de las terapias alternativas conservan sus prácticas originales que en algunos casos se remontan a varios miles de años, ya sea en sus técnicas como en la modalidad de sus tratamientos. Se trata de terapias alternativas naturales o terapias complementarias que no excluyen el tratamiento médico tradicional y tampoco lo reemplazan. Las terapias alternativas consideran la enfermedad o discapacidad como un desajuste entre cuerpo, mente y espíritu.

Dentro de estas terapias se encuentran las terapias asistidas por la naturaleza, las cuales son una intervención dirigida a un objetivo, en que forma parte del proceso de tratamiento alguna faceta de la naturaleza. Este tipo de terapias son administradas y/o dirigidas por un profesional de la salud humana que trabaja en el marco de su profesión. Las terapias asistidas por la naturaleza se han diseñado para mejorar el funcionamiento físico, social, emocional y/o cognitivo de las personas.

Aunque estas terapias pueden desarrollarse en entornos distintos ala consulta del terapeuta, siempre están dirigidas por el terapeuta y forman parte del proceso terapéutico.



2. BENEFICIOS DE TRABAJAR CON ANIMALES COMO FORMA DE TERAPIA

Las Terapias Asistidas por Animales pueden brindar situaciones motivacionales, educacionales y/o recreativas que benefician la calidad de vida de las personas. Pueden desarrollarse en una amplia variedad de ambientes y son llevadas a cabo por personas o voluntarios capacitados especialmente, en conjunto con animales que reúnen aquellos requisitos necesarios y específicos.

El encuentro con el animal es parte integral del proceso del tratamiento; es dirigida por un Profesional de la Salud desde el marco de su profesión, se diseña, fundamentalmente, para promover mejoras en las áreas física, emocional, social y en lo que respecta al funcionamiento cognitivo de las personas. Puede llevarse a cabo desde una amplia variedad de encuadres y puede realizarse de manera individual o grupal.

El contacto con un animal y la interacción con él, proveen beneficios terapéuticos, desde alargar la expectativa de una vida, hasta la reducción de estrés y presión sanguínea; y es que el animal es una fuente de salud y equilibrio para las personas.

Se derivan beneficios fisiológicos, psicológicos y sociales; no importa si se lleva a casa un perro o un gato, de igual modo no es relevante si el animal es de raza pura o mestiza, la relación con un animal favorecerá, enriqueciendo cada día a la persona, quien podrá enfrentar días complejos en la compañía de una mascota que ayudará a mantenerse positivo y alegre durante el día.¹²

Entre los beneficios físicos, se ha encontrado que existe una disminución en tiempo de recuperación de muchas enfermedades, la estadística de supervivencia en las personas que han sufrido cardiopatía isquémica y han tenido mascotas es más alta; se disminuye la soledad, y por ende, la tendencia a la depresión, se reducen la ansiedad y la presión sanguínea, haciendo más lenta la palpitación cardíaca (Friedmann E. K., 1983) quienes sufren de hipertensión se ven igualmente beneficiados, ya que ésta reducción de presión, se alcanzaría al realizar una dieta baja en sales.

Algunos estudios (Friedmann E. a., 1995) descubrieron que los animales pueden reducir el nivel de estrés de un individuo, y por consiguiente los problemas cardiovasculares, ¿cómo?; si nos basamos en la teoría de la crisis; cuando las personas se encuentran muy alteradas o en crisis, tienen comúnmente una respuesta de estrés llamada “de pelea o de huida”, respuesta que involucra una movilización coordinada de varios sistemas del cuerpo, entre ellos, la activación del sistema nervioso simpático, que provoca el aumento de la presión sanguínea y la aceleración de la palpitación cardíaca y de la respiración, además de cambios a nivel hormonal que preparan al individuo a pelear o huir de algún enemigo, el cuerpo utiliza estos cambios para maximizar el esfuerzo físico que requiere una

¹² <http://www.isabelsalama.com/Tesis%20Michelle.htm>



situación de esta índole; los niveles psicológicos y fisiológicos vuelven a su normalidad después de la acción, sin embargo, la repetición frecuente, o periodos muy largos de esta movilización, pueden dañar el sistema cardiovascular (Friedmann E. a., 1995). En estos casos, las mascotas pueden ayudar a evitar la respuesta de estrés por completo alterando la situación que de otra forma sería estresante, o puede mitigar el estrés al disminuir el impacto del estímulo estresante (esto puede depender del tipo de situación estresante), simultáneamente puede ayudar a la persona a desechar con más rapidez las hormonas del estrés animándolos a hacer ejercicio; la magnitud del efecto tranquilizante del animal depende de varios tipos de factores, entre ellos, el tipo y la familiaridad de la situación, el tipo de situación estresante, y la relación o las actitudes que se tienen hacia la mascota. Al darles a los poseedores un nuevo y agradable foco de atención promoviendo sentimientos de seguridad y dando un medio de contacto y comodidad; (Friedmann E. a., 1995) la persona se mantiene apartada del estrés.

Otro beneficio es: que las mascotas inducen a que se acreciente la cantidad de ejercicio realizado al día; en gran cantidad de ocasiones, los enfermos de gravedad que tienen una mascota, se ven en la necesidad de recuperarse y mantenerse vivos debido a su necesidad de seguir cuidando a sus animales.

Entre los beneficios psíquicos; los dueños de animales descargan grandes cantidades de afecto y cariño en sus mascotas, de este modo, la presencia del animal contribuye a que mejore la autoestima del individuo y a que adopte una actitud de responsabilidad y el respeto hacia otros seres vivos. De igual forma se ha comprobado que la presencia de una mascota le proporciona al poseedor un sentimiento de seguridad, de intimidad, de parentesco y pertenencia, y de constancia. (Katcher, A; 1990)

Siegel REFERENCIA menciona que el tener animales de compañía disminuye las visitas a médicos debido a la reducción del estrés tanto pasajero, como de tipo crónico, manteniendo ocupado al dueño al tener que estar pendiente de las necesidades de su mascota y logrando con esto, la continuidad de una rutina. Se reduce el aburrimiento, pues las ocurrencias de los animales acostumbran arrancar carcajadas con facilidad; la risa relaja, y en consecuencia, se acrecientan las defensas del organismo. Se puede jugar con los animales por horas, y el encanto de los animales radica en que con ellos no se establece competitividad, consecuentemente, no se produce ansiedad, puesto que no hay enfrentamiento.



Existen, especialmente, 4 efectos trascendentales que los animales provocan en las personas:

- El aumento de la autoestima
- El efecto de puente social
- La disminución de la tensión y el estrés
- El estimular la salud

El contacto con los animales provoca sensaciones positivas, y el caballo no es la excepción, además, este tiene la cualidad de que, por ser un animal grande requiere de espacios amplios para vivir, por lo que al estar en el territorio del caballo la personas se conecta con la naturaleza.

“Cabalgar estimula la concentración y aumenta el umbral de atención, además de que, lograr guiar un caballo, es un buen ejercicio para reforzar la autoestima”¹³

Gran cantidad de los pacientes que utilizan la equinoterapia, crean una relación afectiva muy intensa con el animal, y que en muchas ocasiones, no pueden mantener de igual forma con un ser humano, Trinidad Barceló, directora de SacXiroi, “Granja Terapéutica”, de Cataluña, interpreta así el proceso:

“Cuando le dices a un chico que se encargue de cuidar un caballo, le estás diciendo que confías en él, ya que le dejas el caballo en sus manos, y el niño entiende que el caballo no lo cuestionará ni tendrá prejuicios contra él y se dejara cuidar; no es extraño que, cuando un adolescente tiene un conflicto, una pelea o un problema con un educador, un maestro, un jefe de taller u otros compañeros, corra a buscar la compañía de su caballo”.¹⁴

El animal desempeña un papel fundamental en la apertura del niño hacia nuevas actividades, funcionando como un poderoso estímulo. Los animales juegan un papel de amortiguador del estrés que suaviza el impacto de hechos que los marcaron.

“La gran utilidad de los animales en las terapias, es que logran lo que muchas veces ni la familia ni los profesionales pueden hacer: romper un tipo de esquema fijo de comportamiento, muy cerrado, que no les sirve para comunicarse con los demás, sino para recluirse en su propio mundo. De esta manera, el animal logra despertar el interés del niño y relacionarse con él, lo cual significa muchas veces un primer e importantísimo contacto”.¹⁵

Los animales no juzgan a la persona que tratan, por esto la confianza en uno mismo y la autoestima pueden mejorar gracias al contacto con ellos. Las personas suelen estar cohibidas debido a discapacidades físicas producto de un accidente o enfermedad, una necesidad educativa especial u otro tipo de

¹³Salama Isabel, <http://www.isabelsalama.com/Tesis%20Michelle.htm>, 2001.

¹⁴Estivill Sara(1999), *La terapia con animales de compañía*, Editorial: Tikal, Pág 125

¹⁵Fine, A. H. (2003). *Manual de terapia asistida por animales*. Barcelona. Editorial Fundación Affinity. Fondo Editorial. Páginas 211, 212.)



limitación que afecte a la persona. Estas discapacidades pueden ir desde problemas en la expresión oral hasta la falta de coordinación muscular, de movimientos, discapacidades cognitivas o de desarrollo.

Los animales se convierten en un recurso valioso para quienes necesitan ser aceptados sin condiciones. A los animales no les importa la discapacidad de la personas. Permiten que los pacientes se relajen y simplemente disfruten del contacto físico directo que supone su interacción.

Se ha comprobado que después de las sesiones los pacientes se sienten más felices, más tranquilos y menos solos. Las terapias asistidas por animales proporcionan a los niños la posibilidad de mostrar su ternura y afecto y les ayuda a controlar y regular su propia conducta al desarrollar sentimientos de empatía hacia otros seres vivos. Gracias a sus éxitos con el animal, muchos niños son capaces de mejorar su autoestima y así tener más confianza al enfrentarse a nuevas tareas y desafíos que les prepara la vida.

EQUINOTERAPIA





Montar es...

Avanzar sentado...

Descansar la mente...

Escuchar el cuerpo...

¡Viviendo el mundo con un nuevo lente!

(Groos, 2006)

1. EQUINOTERAPIA Y DISCAPACIDAD.

Para poder entender el impacto que tiene la terapia ecuestre en las personas que la practican, o de qué manera puede la equinoterapia contribuir a mejorar aspectos psicológicos y emocionales, es necesario adentrarse en algunos conceptos. De acuerdo al Diccionario de la Real Academia Española (2001), define impacto como “Huella o señal que deja” entre otros significados del término. Por lo tanto las posibles modificaciones en cuanto a aspectos psicológicos que puede suceder en una persona a raíz de la práctica de equinoterapia, serían esa “huella” o “señal”.

Otro concepto importante es el de Discapacidad, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (2011) la define como: *“Un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales.*

Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive”.

Es por esto que el trabajo en equinoterapia debe buscar potenciar las capacidades y habilidades que tenga el alumno, enseñar habilidades cognitivas, sociales, emocionales y físicas nuevas para que pueda desenvolverse mejor y con más autonomía en su vida diaria. Hay que tener en cuenta que si bien muchas de las personas que concurren a la terapia, es la única que realizan, hay muchos que asisten a otras como fonoaudiología, psicomotricidad, fisioterapia, psicología, entre otras, por lo que es esencial que exista coordinación y comunicación fluida con otros profesionales que trabajen con el alumno para realizar una labor integrada con otras intervenciones terapéuticas y evitar agobiarlo (Ernst & De la Fuente, 2007).

Como se mencionó anteriormente es el terapeuta que a través de su formación y el conocimiento del alumno, elige las estrategias a implementar, de acuerdo a las necesidades, dificultades y posibilidades del mismo. Para esto debe seleccionar los ejercicios neuro-musculares y las actividades lúdicas y educativas adecuadas a cada caso particular.



El papel del trabajador social y/o psicólogo equinoterapeuta, es esencial ya que es el profesional capacitado para realizar las entrevistas iniciales, detectar dificultades en la esfera psicoafectiva, plantear los objetivos a alcanzar en esta área, y evaluar la evolución de la persona. Por otra parte también puede asesorar a otros instructores en casos que así lo requiera e intervenir en situaciones en las que se presente algún tipo de descompensación emocional, angustia, ansiedad, ira, etc. Es fundamental que los profesionales que se desempeñen en este ámbito, tenga sólidos conocimientos en terapia ecuestre ya que es sobre la que va a basar las estrategias de intervención. Deben aplicar los conocimientos y herramientas profesionales ya adquiridas, apoyándose también en las posibilidades que ofrece el trabajo con caballos.

La práctica de equinoterapia ha demostrado ser altamente eficaz para las personas que presentan Trastorno del Espectro Autista (TEA), ya que contribuye favorablemente en el desarrollo y potencia la adquisición de habilidades que mejoran la calidad de vida haciendo que la persona se divierta y disfrute del tratamiento (Pérez, Pérez, G, Salas, Chirino, & Sóliz, 2013).

Rubio y García (Rubio, 2011) explican que la equitación como actividad deportiva y de ocio, es una alternativa que se ajusta a las peculiaridades de las personas con autismo y con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), debido a que se realiza de manera individual pero que implica la puesta en juego de múltiples interacciones en un contexto más estructurado y menos caótico que otros deportes colectivos. Otro aspecto importante es que se basa fundamentalmente en la comunicación táctil con el animal y en menor medida en la comunicación verbal (normalmente alterada en las personas con autismo); y se practica en un medio natural, altamente motivador.



2. EQUINOTERAPIA

Toda nueva terapia trae grandes esperanzas y motivaciones para aquellos que buscan una salida ante las situaciones difíciles.

Martínez (Martinez, 2005), señala que, la equinoterapia es una disciplina, integral y complementaria, que busca la rehabilitación, educación y reeducación de las personas con discapacidad, mejorando su calidad de vida y favoreciendo su inclusión social, por medio del caballo.

Por su parte, Suarez (Suárez, 2010) considera a la misma como un método de rehabilitación de secuelas producidas por patologías de diversos orígenes y en algunos casos, de las propias patologías, mediante el uso del caballo como medio terapéutico, aprovechando la característica que nos brinda este noble animal que es, el movimiento tridimensional, armonioso y rítmico, al andar al paso.

Siguiendo a Edith Gross (Gross, 2006), con el término equinoterapia se denominan diversas técnicas orientadas al tratamiento de personas con discapacidad, en donde el elemento central es el caballo; requiriendo de la participación de un equipo multidisciplinario, configurado en función del tipo de discapacidad a tratar. El contacto con el caballo proporciona múltiples sensaciones que influyen positivamente en el ámbito social, sensorial y motor.



3. ANTECEDENTES DE LA EQUINOTERAPIA.

La equinoterapia es un tratamiento de ayuda en las enfermedades neuromusculares y mentales, que en los últimos tiempos ha tomado auge importante, a tal punto que se ha extendido prácticamente por todo el mundo y con el cual se han obtenido resultados muy satisfactorios

Sin embargo, su historia se remonta a mucho tiempo atrás, lo que muestra que el caballo siempre ha tenido una íntima relación con el hombre, colaborando en su evolución a través del tiempo. Le ha servido como medio de transporte, de trabajo en la agricultura y la ganadería, etc.

Desde antes de Cristo se apreciaba a la equitación como una disciplina beneficiosa para la salud humana.

Hipócrates, médico griego (469-399 a. de C.), considerado como el “padre de la Medicina”, escribió varias obras en relación con las ciencias médicas, entre ellas “Las Dietas”, en la que preconizaba el empleo de la equitación para “regenerar la salud y preservar el cuerpo humano de muchas dolencias y sobre todo el tratamiento del insomnio”. Además sostenía que equitación practicada al aire libre hace que los músculos mejoren su tono.

Asclepiades de Prusia, médico griego (124-40 a de C.), opinaba que la equitación era beneficiosa para enfermos de gota, epilepsia, parálisis, apoplejía, letárgicos y frenéticos.

Claudio Galeno, médico griego (129-199), recomendaba la práctica de la equitación para que sus pacientes desempeñaran sus funciones como mayor agilidad y rapidez.

Jerónimo Murcuriales, filólogo y médico italiano (1530-1606) famoso por su obra “De Arte Gymnastica” (El Arte de la Gimnasia) publicada en 1569, entró en la historia de la equinoterapia por el sencillo hecho de citar en su libro una afirmación de Galeno: “La equitación no solo ejercita el cuerpo, sino también los sentidos”.

Thomas Sydenham, médico inglés (1624-1689) escribió el libro “Tratado sobre la gota” y en sus observaciones medicas expresa: “...la mejor cosa que he conocido para fortificar y reanimas la sangre y la mente es montar a diario y hacer largos paseos al aire libre”. Aconsejaba la equitación como un tratamiento apropiado para la tuberculosis, cólicos biliares y flatulencias, llegando a poner a disposición de sus pacientes los caballos que tenía.

Friedrich Hoffman, químico y médico alemán (1660-1742), autor de aproximadamente cuatrocientos escritos sobre medicina humana, en su libro “Instrucciones importantes sobre como una persona puede mantener la salud y liberarse de graves dolencias con la práctica racional de ejercicios físicos”, define el paso del caballo como el andar más saludable.

Charles Castel en 1734 creador de la cadena vibratoria, y Samuel Quemalz (1697-1758), son los primeros en investigar los movimientos tridimensionales del dorso del caballo.



Quemalz médico de Leipzig, Alemania, inventó en 1747, una máquina ecuestre con la que demostró como el problema del movimiento y los ejercicios físicos eran encarados por los médicos de la época. Esta máquina, era una especie de grúa que imitaba de la mejor manera posible los efectos inducidos por el movimiento del caballo. En su obra “La salud a través de la equitación”, encontramos por primera vez una referencia al movimiento tridimensional del dorso del caballo.¹⁶

Johann Wolfgang Von Goethe, novelista, poeta, dramaturgo y científico alemán (1749-1832), fue un jinete que cabalga hasta los cincuenta y cinco años de vida. Sin ser médico reconoció que las oscilaciones de su cuerpo acompañado los movimientos del caballo beneficiaban la salud; que la distensión de la columna vertebral provocada por la posición del cuerpo sobre la montura era una gimnasia que beneficiaba al buen funcionamiento corporal, y que la circulación sanguínea se veía estimulada.

Después de 90 años, Chassaignac quien fue un neurólogo francés, descubrió que un caballo en movimiento mejora el equilibrio, el movimiento articular y el control muscular del paciente. Después de diversas observaciones concluyo que montar a caballo mejoraba el estado de ánimo y que era particularmente beneficioso para los parapléjicos y pacientes con problemas neurológicos.

En el año de 1901 fue fundado el primer Hospital Ortopédico del mundo en Inglaterra, y se evaluó la importancia del trabajo con caballos aplicada a los pacientes como medio de terapia. Posteriormente en este país, durante la primera guerra mundial, una mujer voluntaria de ese hospital llevó a sus caballos con el fin de romper la monotonía del tratamiento de los soldados víctimas de la guerra.

Este acontecimiento marca el primer registro de la actividad ecuestre ligada a un hospital humano. Otra persona que contribuyó con su ejemplo a la difusión de los beneficios que se podían obtener por medio de la equitación fue la danesa Lis Hartel que a los 16 años fue atacada por una forma grave de poliomielitis al punto de no poder durante mucho tiempo trasladarse a no ser en silla de ruedas y luego con muletas. Ella practicaba equitación antes y contrariando a todos, continuó practicándola y ocho años después, en las olimpiadas de 1952 fue premiada con la medalla de plata en adiestramiento, compitiendo con los mejores jinetes del mundo, el público solo percibió su estado cuando bajo del caballo para subir al podio y tuvo que valerse de dos bastones canadienses. Esta hazaña fue repetida en las olimpiadas de Melbourne, en 1956. A partir de este hecho, este ejemplo de auto - terapia despertó en la clase médica empírica un interés por el programa de actividades ecuestres como medio terapéutico, tanto que en 1954 aparecía en

¹⁶ García Sarabia Selene,(2010) *Equinoterapia: un binomio con fines terapéuticos*, en: cdigital.uv.mx/bistream/12345678/733/2Selene%20García%20Sarabia.pdf



Noruega el primer equipo interdisciplinario formado por una fisioterapeuta y su novio que era psicólogo e instructor de equitación.

En 1956 fue creada la primera estructura asociativa en Inglaterra.¹⁷ En Francia la Reeducción ecuestre nació en 1965 como mencionan De Lubersac y La Llieri en la introducción a su manual titulado “La Reeducción a través de la Equitación” (1973), si bien en 1963 esta ya fue utilizada empíricamente por Killilea en su libro “A Karen con amor”.

En 1965 la Equinoterapia se torna una materia didáctica.

En 1969 tiene lugar el primer trabajo científico de hipoterapia en el *Centro Hospitalario de la Universidad de Salpentireen* París y en 1972 fue hecha la defensa de la primera tesis del doctorado en medicina sobre Reeducción Ecuestre en la Universidad de París, en Val-de-Marne, por la Dra. Collette Picart Trintelin (Fundación de Equinoterapia San Luis, 2004).

En el año 1985 se creó en Italia la Federación Internacional de Equinoterapia, con sede actual en Bélgica.

En Chile la Equinoterapia comenzó a aplicarse en 1986, con la llegada de la kinesióloga alemana Renate Bender.

En marzo de 1992 fundó junto al Relacionador Público y criador de caballos Ronald Wilkins la Sociedad Chilena de Kinesiterapia e Hipoterapia, la primera y más antigua institución en el país en ejercer esta terapia.

En el año 1995 Fonadis (Fondo Nacional de la Discapacidad) aprueba el primer proyecto de “Hipoterapia” para beneficiar a 40 niños y jóvenes con discapacidad.

En Chile es la Sociedad Chilena de Hipoterapia, pionera en comenzar con actividades de Capacitación en Hipoterapia para Kinesiólogos, (hasta la fecha de exclusividad en esta especialidad).

El 28 Y 29 de Septiembre del año 2001 se realiza en la comuna de la Reina, un “Primer Congreso de Hipoterapia” organizado por el Club Ecuestre La Reina.¹⁸

En Europa, América Latina, América del Norte, son lugares donde se sigue investigando y profundizando sobre la actividad que es aplicada para el tratamiento de diversos tipos de discapacidades tales como parálisis cerebral, esclerosis múltiple, autismo, síndrome de Down, distrofia muscular, traumas cerebrales, anorexia, bulimia, hipertensión arterial, enfermedades cardíacas, personas con discapacidad auditiva, personas con discapacidad visual, depresión, angustias, ansiedad, síndrome de soledad.

¹⁷ Club Rotario de Ramos de Arizpe, A.C, *La equinoterapia en la historia*, en: <http://www.rotatorioramosarizpe.org.mx/Equinoterapia,%20La.doc>

¹⁸Salama Isabel, *Historia de la Equinoterapia en Chile*, en: <http://IsabelSalama.com/HISTORIA%20DE%20LA%20EQUINOTERAPIA%20EN%20CHILE.htm>



Es a partir de estos estudios e investigaciones que se puede corroborar que existen varias concepciones, de acuerdo con los orígenes de diferentes países sobre la equinoterapia.

4. ESPECIALISTAS EN EQUINOTERAPIA

Maestriltiti 3.000 A.C.	Uso general de la disciplina ecuestre en pedagogía.
Kikkuli del país de Mitani 1.400 A.C.	Escribe el primer tratado de doma. 1.400 A.C.
Hipócrates 458 / 377 A.C.	La equitación hace que los músculos mejoren su tono.
Jenofonte 431 / 322 A.C.	Creador de doma clásica aprovechando las bondades de los movimientos del caballo, en contraposición a la escuela de Simón de Atenas e Hiparco. Uso de una metodología coercitiva con el fin de lograr resultados en poco tiempo.
Aristóteles 384 / 322 A.C.	Estudia la morfología del caballo y la mecánica de sus movimientos.
Ascepiade di Prusia 120 A.C.	Beneficios de montar en la parálisis.
Galeno 130 / 190 D.C.	Recomienda la equitación para consolidar rasgos de personalidad, actitud y decisión.
Jerónimo Mercurialis 1530 / 1606	La equitación no solo ejercita el cuerpo, sino también los sentidos
Thomas Sydenham 1624 / 1689	La mejor cosa que he conocido para fortificar y reanimar la sangre y la mente es montar a diario.
FiedrichHofman 1719	Escribe sobre la equitación y sus enormes beneficios.
Charles Castel 1734	Crea una butaca vibratoria para emular los movimientos tridimensionales del caballo usada por Voltaire cuando no podía montar para tratarse la espasticidad que padecía.
Samuel T. Quelmalz 1697 / 1758	Médico de Leipzig, en su obra “La salud a través de la equitación” detalla el movimiento tridimensional del caballo.



Giuseppe Benvenuto 1772	Médico de Los Baños de Luca. “Reflexiones sobre los movimientos del caballo. La equitación causa una activa función terapéutica.
Joseph C. Tissot 1782	Considera el aire del paso como el más eficaz desde el punto de vista terapéutico.
Goethe 1749 / 1832	El poeta alemán reconocía el valor saludable de las oscilaciones del cuerpo acompañados por los movimientos del caballo y la distensión benéfica de la columna vertebral por la posición del jinete sobre la silla
Chassaignac 1875	Neurólogo francés que descubre que el movimiento del caballo mejora el equilibrio, rango articular y control muscular de los pacientes con trastornos neurológicos.
Max Reichembax	Pionero en la investigación científica de la hipoterapia. En 1953 lleva a cabo los primeros estudios científicos en su clínica de fisioterapia en Birkenreuth, Alemania



5. ¿QUE ES LA EQUINOTERAPIA?

La equinoterapia es un método terapéutico y educacional que utiliza al caballo como instrumento(o medio) dentro de un abordaje interdisciplinario en las áreas de salud, educación y la equitación buscando el desenvolvimiento biopsicosocial de las personas portadoras de deficiencias o con necesidades especiales. (Federation of Horses in Education and Therapy International, 2009). Es considerada por la medicina como una terapia alternativa y complementaria a otras modalidades terapéuticas tradicionales, en la que se trabaja con el caballo con fines terapéuticos, educativos y estimuladores (Federation of Horses in Education and Therapy International, 2009).

Es también una modalidad de zooterapia o terapia asistida con animales en la que el instructor utiliza al caballo como herramienta fundamental para alcanzar diferentes objetivos que van a estar especialmente diseñados de acuerdo a las necesidades y posibilidades específicas de cada usuario y en pos de mejorar su calidad de vida, su salud física, mental, emocional y su adaptación social.

La práctica de la Rehabilitación Ecuestre busca potenciar el desarrollo de la capacidad física (amplitud articular y arcos de movimiento, equilibrio, coordinación, fuerza, resistencia, rapidez), corregir y compensar déficit psicológicos y propiciar la adquisición de destrezas, habilidades y hábitos transferibles a la vida social (R, J, K, D, & W, 2008).

Para una mejor organización y efectividad la equinoterapia se divide en cuatro niveles o programas que apuntan a alumnos con diferentes necesidades y potencialidades los mismos son:

- Hipoterapia,
- Educación y re educación;
- Pre deportivo;
- Deportivo.



6. ¿POR QUÉ EL CABALLO?

Junto con las características morfológicas naturales del equino como el calor corporal y el movimiento tridimensional, el caballo ofrece otra cantidad de atributos.

Según Ernst y de la Fuente (Ernst & De la Fuente, 2007) el caballo proporciona al jinete cualidades de las que este carece, como mayor tamaño, abordaje espacial diferente y amplificado, capacidad de desplazamiento incrementada en cuanto velocidad y distancia.

Por otra parte ser capaz de dirigir a un ser del tamaño y fuerza del caballo, cuyo peso llega a alcanzar los 600 kg, y que tiene una alzada muy superior a la talla infantil, puede evocar pensamientos y emociones agradables (Ernst & De la Fuente, 2007) relacionadas con el sentimiento de “ser capaz”, “de poder”.

Por otro lado es un animal ideal para trabajar y realizar acciones terapéuticas y educadoras, y a que puede permanecer periodos de tiempo relativamente prolongados con el jinete sobre él, en el cual el terapeuta puede desempeñar su labor. (Ernst & De la Fuente, 2007)

Montar a caballo no es simple, menos aún la práctica de equitación, la cual requiere la coordinación máxima de todo el cuerpo tronco, cabeza, manos, piernas, así como la agudización de los sentidos de la vista, tacto, oído, ya que hay que ser capaz de darle las indicaciones adecuadas al equino, para que realice las acciones que pretendemos, a la vez que estar alerta de sus movimientos, señales y necesidades ya que se está trabajando con un ser vivo.

La equitación como disciplina permite potenciar y desarrollar facultades mentales como la atención, memoria, concentración, razonamiento, las cuales son imprescindibles para poder realizar distintas actividades como puede ser salto de obstáculos, recorridos de adiestramiento, entre otros.

La relación afectiva que se genera con el caballo también es terapéutica. Cuando se forma un vínculo afectivo entre caballo y jinete con un fuerte componente emocional es cuando las intervenciones terapéuticas alcanzan el máximo potencial y capacidad de progresión. (Ernst & De la Fuente, 2007)

Otro aspecto importante es que la terapia se realiza en un espacio abierto, en interacción y pleno contacto con la naturaleza, esto sumado al lazo afectivo que menudo se construye entre caballo y jinete, tiene un efecto favorable en las esfera psicológica y emocional del alumno, que muchas veces a consecuencia de la discapacidad se ve limitado a realizar actividades de este tipo. (Pérez, Rodríguez, & Rodríguez, 2008).

Por otra parte los factores antes mencionados son un motivador importante que facilita el aprendizaje, la incorporación de nuevas pautas de comportamiento, y potencia las facultades mentales.

En tanto Tabares; Vicente y Sánchez (Tabares, Vicente, & Sánchez, 2013), investigaron acerca de si la equinoterapia conduce a una mejora de las actitudes



sociales de las personas con autismo, para lo cual analizaron los niveles salivares de la hormonas cortisol y progesterona en ocho niños autistas antes y después de la sesión, concluyendo que la terapia ecuestre puede contribuir a mejorar las actitudes sociales ya que ayuda a descender los niveles de estrés del organismo y estimula la afectividad.

Otro estudio realizado por Woodcock (Woodcock, Ortiz, Bravo, Meza, & Rondón, 2008); con el objetivo de evaluar los efectos de la equinoterapia en 10 niños y adolescentes con afecciones como síndrome de Down, parálisis cerebral, retardo mental, problemas de integración social, dificultades del lenguaje y autismo.

Demostó que el 80% de los participantes mejoró en el autodomio emocional, adquisición de habilidades y manejo asertivo de su inteligencia emocional. En cuanto a la adaptación Social, un 70% mostró más facilidad para interactuar y relacionarse con sus pares, familiares y personas externas a su círculo social. En los cambios evidenciados a nivel psicológico y social, están la adquisición de nuevas pautas de interacción social, manejo de fobias, control de la ansiedad, confianza en sí mismos, incremento de la seguridad personal, aumento de periodos de concentración, desarrollo de conciencia corporal y mejoras en su autoconcepto.

En dicho estudio se sostiene que el hecho de implementar un espacio al aire libre, en contacto directo con la naturaleza y de la ayuda de un co-terapeuta animal (el caballo) de por sí ayuda a mejorar la calidad de vida de los niños con quienes se trabajó. Este disfrute de la actividad ecuestre se evidenció también a través de las narraciones y manifestaciones verbales de los padres de los participantes a lo largo del proceso.

Ramos; Díaz; Báez y Tarajano (Ramos, Díaz, Báez, & Tarajano, 2006) por su parte estudiaron la evolución de 30 niños discapacitados, con afecciones entre las que se destaca síndrome de Down, epilepsias, Síndrome de West; parálisis cerebral infantil; autismo y síndrome de Rett, quienes realizaron tratamiento de rehabilitación con equinoterapia desde septiembre de 2004 hasta junio de 2005. Los resultados obtenidos muestran que 29 de los 30 participantes manifestaron mejoría en algún aspecto; 28 niños (93.3 %) mejoraron la seguridad, 25 la movilidad (83.3%) y 23 la atención (76.6 %).

En tanto, Contreras; Barrera; Sotelo (O, Barrera.L, & M., 2012) investigaron la aplicación de un programa de Modificación de Conducta a través del empleo de la terapia ecuestre, para la disminución de conductas estereotipadas en una niña que presenta autismo. El programa consistió en 16 sesiones de 30 minutos, dos veces por semana a lo largo de dos meses, en las cuales se utilizó el trote y galope del caballo como reforzador positivo, además de los beneficios propios emocionales y motrices que aporta la terapia. Los resultados obtenidos indican que el programa surtió efecto en la disminución de conductas estereotipadas, y



mejoró también el contacto visual. Si bien en esta investigación se registró el progreso en torno a las conductas estereotipadas, los padres de la niña también informaron sobre los beneficios en el comportamiento de ella fuera de la terapia, refirieron en este sentido mejorías en la reducción del estrés, hiperactividad y estabilidad emocional.

Así mismo García; Rubio; Lopez; Guerrero; Garcia- Peña (García, Rubio, López, Guerrero, & García-Peña, 2014) evaluaron el impacto de un programa de equitación terapéutica en un conjunto de variables psicosociales en un grupo de 16 sujetos con Trastorno del Espectro Autista de entre 7 a 14 años de edad. La duración del programa fue de tres meses en los cuales se realizaron veinticuatro sesiones de 45 minutos, con una frecuencia semanal de dos veces. Los resultados mostraron diferencias significativas en algunos de los indicadores de calidad de vida; niveles más bajos de agresividad en la batería BASC; oportunidades para las relaciones interpersonales y experiencias de inclusión social. Se explica también que la posible influencia del programa de equitación terapéutica sobre las conductas agresivas de los participantes puede deberse al efecto relajante que ejerce la actividad física, incluso la actividad física pasiva, sobre las conductas agresivas.

6.1 Relación de Confianza entre Niño – Caballo - Terapeuta.

Ernst y De la Fuente plantean que *“Si no existe una buena relación entre el operador o guía y el caballo, pueden producirse reacciones imprevistas por parte de éste, con consecuencias peligrosas. Un movimiento brusco, un rehúse o susto podrían hacer caer al paciente”*.¹⁹

Una buena relación entre terapeuta y caballo servirá como ejemplo de una relación adecuada para el paciente. Éste al ver que el animal cumple las órdenes dadas por el terapeuta, se sentirá seguro para darle indicaciones al caballo y subir sin temor.

El contacto con un animal tan grande y fuerte causa al principio angustia e inseguridad, que disminuyen con el trato del caballo (al limpiarlo, acariciarlo y montarlo). Cuando el niño establece comunicación corporal con el caballo, se gana la confianza del animal y de sí mismo.

El terapeuta le irá mostrando al niño la manera en que se debe cuidar al caballo a través del ejemplo: le mostrará el modo de cepillarlo, de bañarlo, de alimentarlo, y así el niño irá sintiéndose seguro y preparado para proporcionarle al caballo estos cuidados. Se basa en la relación que el paciente va a tener con el caballo asignado. Se ocupará de su higiene, alimentación y equipamiento. A partir de esta atención que el niño le va proporcionando al caballo, va adquiriendo

¹⁹Ernst, M. y De la Fuente, M. (2007). *Manual básico de hipoterapia Terapia asistida con caballos*. Barcelona. Editorial: La liebre de marzo. Página 16



seguridad, dejando atrás sus temores y ganando confianza en el animal y en el terapeuta.

Una vez establecida esta relación triangular, entre niño-caballo-terapeuta, de seguridad y comodidad con el ambiente, el niño va dejando que el terapeuta lo ayude con los ejercicios en el lomo del caballo, y a su vez, se sentirá seguro y tranquilo porque se puede quedar cómodamente apoyado sobre el lomo, sintiendo su calor y nada malo le sucederá.

La realización de ciertos ejercicios como acostarse horizontalmente sobre el animal requiere mucha confianza por parte del niño en el caballo, en el terapeuta y en sí mismo. El uso de estos ejercicios debe ser parte de cada sesión de terapia hasta que el paciente adquiera confianza total. Al afrontar sus temores y adquirir cada vez más obediencia por parte del caballo, el paciente desarrolla autoconfianza lo que es beneficioso para su autoestima.

La conducta del caballo es una valiosa fuente de información, porque éste no juzga sino reacciona. Las respuestas del caballo al trato humano son directas, auténticas y espontáneas. A un trato agresivo reacciona con resistencia, tensión y evasión; así, con el tiempo, el mismo caballo enseña al jinete cómo tratarlo para que sea un caballo tranquilo, confiado y obediente. Entre más comunicación establezca el paciente con su caballo menos reacciones agresivas se manifestarán.

El caballo percibe muy rápido un estado anímico y comienza a reaccionar de la misma manera. Por tanto, el caballo mismo enseña al niño y lo obliga a reaccionar con máxima tranquilidad y firmeza. Una persona con discapacidad motora que logra manejar un animal tan grande como el caballo, recibe un enorme estímulo para su autoestima; esto se vuelca en beneficio de toda su estructura física y psíquica.

Cuando el paciente entiende que no tiene que hacer nada, ya que el caballo trabaja por él, y coopera con el terapeuta, se logran resultados sorprendentes en la disminución de la espasticidad muscular.



7. PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA EQUINOTERAPIA

La equinoterapia se basa en tres principios básicos y fundamentales:²⁰

7.1 Transmisión de calor corporal

7.2 Transmisión de impulsos rítmicos (dorso del caballo al cuerpo del paciente)

7.3 Transmisión de un patrón de locomoción equivalente al patrón fisiológico de la marcha humana.

Estas tres características (actúan en todo momento sobre el jinete tenga este una discapacidad o no), hacen que el equino sea uno de los únicos animales domésticos que tiene la posibilidad de ayudar a mejorar la calidad de vida de las personas (Gross Naschert, 2009).

7.1 Transmisión del Calor Corporal:

El valor fisioterapéutico del calor corporal radica en que la temperatura corporal de un caballo es de 37.5 – 38.5°C y puede incrementar después del movimiento hasta los 41.5°C, al ser mayor que nuestra temperatura se utiliza como instrumento calorífico para distender y relajas la musculatura y ligamentos así como para estimular la sensopercepcion táctil.

Para este efecto se monta sin silla o albardón, y si es posible en contacto directo con el dorso del caballo, esto permita que el calor se trasmita desde el lomo y los costados del caballo, al cinturón pélvico y a los miembros inferiores del paciente permitiendo el relajamiento de los músculos aductores, los músculos del muslo y glúteos.

La relajación y elongación de los músculos aductores provoca una liberación del cinturón pélvico, por lo que este adquiere más flexibilidad y elasticidad recuperando así su posición vertical correcta y su funcionalidad para la adaptación al movimiento del dorso del caballo.

El asiento se hace cada vez más profundo y el calor se transmite desde el lomo del caballo penetrando cada vez más en los músculos y ligamentos del cinturón pélvico. Se ha comprobado que el efecto distensor de los aductores se mantiene, incluso hasta seis horas después de una sesión terapéutica.

Al ejecutar ciertos ejercicios, como doblar el tronco hacia adelante, abrazando el cuello del caballo, se extiende el efecto del relajamiento y estimulación sensorial a los miembros superiores y los músculos abdominales y pectorales.

Al acostar el tronco hacia atrás, los músculos dorsales y lumbodorsales reciben los beneficios del calor que se transmite desde el lomo del caballo.

²⁰ García Sarabia Selene, *Equinoterapia: un binomio con fines terapéuticos*, en: cdigital.uv.mx/bistream/12345678/733/2Selene%20García%20Sarabia.pdf



El calor corporal del caballo adquiere gran importancia como instrumento terapéutico en el área psicoafectiva, porque según sea el manejo terapéutico puede fungir como sustituto del calor materno.

Junto a la temperatura corporal, el movimiento del caballo provoca la sensación de ser “mecido”, lo que genera sentimiento de seguridad, amor y protección. Con base a esto, se puede reconstruir la autoconfianza y autoaceptación. El efecto “mecedora” de la monta a caballo da, además, la posibilidad de utilizar la hipoterapia con excelentes resultados en la estimulación temprana, lo que acelera en gran medida el desarrollo físico-psíquico del paciente.

7.2 Transmisión de Impulsos Rítmicos:

El valor fisioterapéutico está dado por los impulsos que transmite el caballo por medio del movimiento de su dorso al cinturón pélvico, a la columna vertebral y a los miembros inferiores del paciente.

Al caminar en paso se transmiten de 90 a 110 impulsos por minuto a la pelvis, al caminar en trote aumenta la cantidad y la intensidad de éstos. Los impulsos los provocan los músculos lumbares y ventrales del caballo, que se contraen y distienden alternadamente en forma rítmica y regular en el paso y el trote.

Cuando los miembros posteriores del caballo se adelantan alternadamente debajo del centro de gravedad, se provoca una elevación alterna de la grupa (Parte posterior y superior del cuarto trasero del caballo que, vulgarmente, dicen *ancas* o *caderas*) y de la musculatura lumbar del caballo.

“Este movimiento hacia delante obliga al cinturón pélvico del paciente a adaptarse con un movimiento basculante. Los impulsos fisiológicos se propagan hacia arriba por medio de la columna vertebral hasta la cabeza, provocando reacciones de equilibrio y enderezamiento del tronco. El movimiento basculante de la pelvis al adaptarse al impulso emitido, provoca diminutos movimientos rotativos en el tronco. La respuesta dinámica del paciente a los impulsos fisiológicos emitidos es un acto de coordinación fina del tronco y de la cabeza, por lo que es un excelente entrenamiento de la coordinación psicomotriz del tronco y de la cabeza sin utilizar las piernas”²¹, En este punto es importante destacar lo explicado por la Doctora Graciela Bazzi, quien considera que, desde el punto de vista biológico, este proceso produce endorfinas y minimiza la generación de arcanos, favoreciendo la sinapsis neuronal, permitiendo al cerebro identificar músculos, miembros, órganos, etcétera y empezar a mandar instrucciones a éstos. De este modo se favorece el proceso de habilitación neuromuscular, ya que el trastorno se debe, en la gran mayoría de los casos, a que el cerebro no se ha percatado de la existencia de músculos y órganos. Así se logra la estabilización

²¹Ernst, M. y De la Fuente, M. (2007). *Manual básico de hipoterapia: Terapia asistida con caballos*. Barcelona. Editorial: La liebre de marzo. Página 19.



dinámica de esta parte, lo que constituye la base para la ejecución de la marcha independiente. Los impulsos rítmicos estimulan la erección de la columna vertebral fortaleciendo los músculos dorsales y abdominales.

Siguiendo con Ernst y De la Fuente, el caballo logra una impulsión a nivel longitudinal, vertical y horizontal, *“Durante las sesiones de equinoterapia, el caballo actúa como una máquina cinética que proporciona un préstamo motor al paciente. En media hora de caminata sobre un caballo, el paciente practica dos mil ajustes tónicos por minuto”*.²²

El propósito de la fisioterapia consiste en proporcionar estímulos fisiológicos para regularizar el tono muscular y desarrollar el movimiento coordinado.

*“Esto se basa en el concepto de que por medio de impulsos fisiológicos emitidos desde el tejido muscular y óseo, es posible activar y poner a disposición nuevas áreas neuronales, en las que se programan nuevos patrones de locomoción para compensar áreas neuronales dañadas (concepto de la plasticidad cerebral). Tal estimulación neuromuscular se efectúa también durante la monta, solo que en este caso no es el terapeuta el que estimula sino el caballo mismo. La transmisión de estos impulsos fisiológicos rítmicos y regulares forma las bases de la hipoterapia lo que la convierte en una fisioterapia con amplios efectos sobre la neuromotricidad”*²³

Es de suma importancia que el caballo, el cual actúa como terapeuta estimulador, produzca impulsos suficientemente fuertes, rítmicos y regulares. El ritmo regular de los impulsos es sumamente importante, en especial para la regulación del tono muscular y el desarrollo de la simetría corporal. *“La transmisión rítmica, continúa y alterna de los impulsos fisiológicos emitidos desde el lomo del caballo estimula a que el tejido muscular, en particular la musculatura dorsolumbar y abdominal, haga un trabajo rítmico y coordinado que favorezca la coordinación sutil del tronco. Los efectos benéficos colaterales de la transmisión de los impulsos rítmicos son efectos funcionales sobre la peristaltis del intestino y el sistema respiratorio”*²⁴.

El movimiento intestinal se estimula por el movimiento pélvico, corrigiendo así las irregularidades de la digestión causadas por falta de locomoción. Gross, sostiene que la posición erecta del tronco libera el diafragma, por lo que la respiración se hace más profunda y se regulariza su ritmo, convirtiéndose la equinoterapia en un poderoso auxiliar en disfunciones respiratorias, así como en cualquier disfunción motora de origen neurológica, traumática o degenerativa (Gross, 2006).

El valor psicoterapéutico de este principio, está dado por el hecho de que la percepción corporal de los impulsos rítmicos y regulares provoca en el paciente

²²Ernst, M. y De la Fuente, M. (2007). *Manual básico de hipoterapia: Terapia asistida con caballos*. Barcelona. Editorial: La liebre de marzo. Página 19.

²³Gross, E. (2006). *Equinoterapia: la rehabilitación por medio del caballo*. Sevilla. Editorial: Trillas. Página 24.

²⁴Gross, E. (2006). *Equinoterapia: la rehabilitación por medio del caballo*. Sevilla. Editorial: Trillas. Página 24.



una gran variedad de experiencias psicosenoriales que pueden aprovecharse con un adecuado manejo terapéutico. El efecto mecedora del caballo, estimula –al igual que la transmisión del calor- experiencias regresivas liberando traumas y bloqueos psíquicos. Los impulsos mueven el cuerpo del jinete y también todo su ser psíquico. La sensación de dejarse mover y poder avanzar sin aplicar una acción propia, podría ser un factor clave en la relajación psíquica y en la reconstrucción de la confianza primaria en sí mismo y en el mundo que rodea al paciente. La sensación de impulso hacia delante y avance restablecen la confianza en el propio yo, por lo que el paciente experimenta nuevas reacciones psicológicas en relación con él mismo y su entorno.

Los tres aires del caballo (paso, trote y galope) con su diferente ritmo (paso: 4 tiempos; trote: 2 tiempos; galope: 3 tiempos), se aprovechan para inducir estados psíquicos distintos, ya sea de relajación o de animación

“Los impulsos mueven el cuerpo del paciente, pero no solo el cuerpo, sino también todo su ser psíquico”²⁵.

7.3 Transmisión de un Patrón de Locomoción Tridimensional Equivalente al Fisiológico de la Marcha Humana:

Las personas con parálisis cerebral entran fácilmente en el círculo vicioso al ser incapaz de dominar la marcha porque carecen de la estabilización y coordinación del tronco y de la cabeza necesaria. Pero justamente esta estabilización se adquiere por medio de la práctica de la marcha. La hipoterapia permite romper este círculo vicioso porque ofrece el patrón fisiológico de la marcha en forma sentada, sin requerir el uso de las piernas; se podría decir que el paciente camina sentado. Esto permite trabajar con personas que carecen de la facultad de caminar, pero pese a ello, podrían desarrollar la coordinación y estabilización del tronco y de la cabeza.

Siguiendo a Ernst y De la Fuente, como se planteó anteriormente, el paso del caballo transfiere al jinete de 90 a 110 oscilaciones tridimensionales por minuto. Estas oscilaciones son las siguientes:

Oscilaciones alrededor del eje sábito-transversal: originan un descenso caudal de la pelvis de unos cinco centímetros y siete-ocho centímetros de la derecha a la izquierda, con flexión lateral de las vértebras lumbares respecto al sacro de unos dieciséis grados. El resultado es una abducción / aducción de cadera.

Oscilaciones alrededor del eje fronto-sagital: con rotación de la pelvis sobre el eje longitudinal del cuerpo de unos ocho grados y de diecinueve para las vértebras lumbares. Ello origina un efecto de rotación interna y externa de la cadera.

²⁵Larrobla, M. 2000 “Equinoterapia” Yatasto Turf 2:40-41



Movimiento sobre el eje fronto-transversal: el resultado es una oscilación de extensión / flexión de la pelvis, que depende de la velocidad y ritmo que marca el impulso del caballo al andar de atrás hacia delante (Ernst & De la Fuente, 2007).

Este patrón fisiológico tridimensional transmitido por el movimiento del lomo del caballo lo utiliza el humano durante la marcha, por tanto, la hipoterapia adquiere suma importancia para personas con disfunciones de la locomoción.

El propósito del tercer principio es desgravar y automatizar el patrón fisiológico de la marcha, restablecer la flexibilidad y elasticidad de los ligamentos pélvicos, disolver contracturas musculares y propiciar un balance dinámico del tronco y de la cabeza hacia su estabilización. Es necesario remarcar que también este principio depende del movimiento correcto del caballo: un paso rítmico y regular, y un adecuado trabajo muscular del lomo. Cuando el caballo marcha al paso, provoca un impulso hacia delante, mientras que su dorso oscila en las tres direcciones a niveles diferentes: el nivel longitudinal, el vertical y el horizontal. El jinete recibe estos efectos cinéticos y, con ello, se logra una estimulación múltiple:

- Táctil y cinestésica, mediante el contacto físico de su cuerpo con el del caballo y las múltiples percepciones que genera el movimiento del animal.

- Vestibular, desde el momento que está sobre un asiento “reactivo”.

- Acústica, visual y olfativa, el sujeto comienza a vivir diferentes sensaciones y el hecho de encontrarse por encima de su perspectiva habitual, en una nueva dimensión espacial, le provoca reacciones inéditas.

Las fuerzas centrífugas y centrípetas y las oscilaciones que provoca el paso del caballo son absorbidas por el jinete, cuya columna vertebral permanece extendida y estabilizada en tanto que la pelvis se mueve.

En la articulación de la cadera, se produce un centro de rotación con torsión y desplazamiento, con resultado de: abducción / aducción, rotación externa/interna y extensión / flexión.

La sensación de avanzar, caminar o correr hacia delante, directo, sin obstáculos, que proporciona el patrón tridimensional puede ejercer enorme influencia positiva sobre un estado psíquico depresivo y angustiado. Según los conceptos de la bioenergética, el cinturón pélvico se considera el centro motor del cuerpo. Con la estimulación del libre movimiento del cinturón pélvico, se puede inducir la liberación de emociones reprimidas y bloqueos psíquicos restituyendo la vitalidad y el deseo de vivir (Gross, 2006).

El caballo exhibe características muy positivas en el trato con el humano, como es la falta total de reacciones vengativas o rencorosas, el animal permite y busca el contacto corporal con el humano, entiende sin palabras, se expresa con gestos claros y directos, nunca rechaza a quien se acerque amablemente y no conoce compasión por lo que tiene un comportamiento natural con cualquier persona.



Todas estas características son importantes en el desarrollo de un ser humano y son elementos básicos en la equinoterapia, que utiliza un animal como medio terapéutico.

8. CLASIFICACIÓN DE LA EQUINOTERAPIA

En el VI Congreso Internacional de la Monta Terapéutica, realizado en el año de 1988, se presentó un proyecto para dividir la equinoterapia en diferentes áreas y fue aceptado oficialmente hasta el año de 1990.

La división de la equinoterapia en áreas está dirigida para los diferentes cuadros clínicos, utilizando estrategias terapéuticas que cada una requiere.

Las tres áreas en las que se divide la equinoterapia son:

8.1 Hipoterapia.

8.2 Monta Terapéutica.

8.3 Equitación como deporte para personas con discapacidad.

Cada área está dirigida a diferentes tipos de personas con discapacidad utilizando estrategias diferentes. Dentro de la equinoterapia, tomándola como termino global de las tres áreas, integra cuatro ámbitos profesionales: la psicología, la pedagogía, la medicina y el deporte (Gross, 2006).

8.1 Hipoterapia

La hipoterapia tiene un gran valor en el área médica, ya que es utilizada como una fisioterapia para aquellas personas que presentan disfunciones neuromotoras ya sea de origen neurológico, traumático o degenerativo (Gross, 2006). Dentro de la hipoterapia se manejan dos clasificaciones: pasiva y activa.

En la hipoterapia pasiva se trabaja principalmente al paso y no requiere de ninguna acción del paciente, y sin silla para que aproveche el calor corporal, los impulsos rítmicos y el patrón de locomoción tridimensional del caballo.

En algunas ocasiones puede ser necesario utilizar la monta gemela que servirá para que el terapeuta del soporte y la alineación adecuada del sentado al paciente, para así aprovechar los principios básicos de la equinoterapia. 29En la hipoterapia activa se suman la realización de ejercicios neuromusculares que estimulen en mayor grado el tono muscular, la coordinación psicomotriz, la simetría corporal y el equilibrio. Cabe resaltar que el paciente no domina al caballo y no puede manejarlo solo en la pista, por lo que deberá ser guiado por el terapeuta utilizándolo al paso y al trote. 30



Para ambos casos, la monta se realiza sin silla, con una mantilla o en contacto directo con el dorso del caballo y las sesiones terapéuticas se imparten de manera individual y no deberán rebasar los 30 minutos.

8.2 Monta Terapéutica

La monta terapéutica unifica el objetivo de la terapia a la enseñanza de la equitación como deporte. Además de ejercicios de gimnasia y neuromusculares combinados con juegos, el paciente aprende a utilizar las señales específicas de la equitación para convertirse en un jinete activo que interactúa con su caballo. Lo mueve en la pista, monta con silla o albardón y estribos. Se trabaja al paso, trote y galope, según el avance del paciente. Las sesiones terapéuticas se pueden impartir en forma grupal por aproximadamente 45 minutos.

8.3 Equitación como Deporte para Personas con Discapacidad

La equitación como deporte para personas con discapacidad es la recomendada para pacientes que por su discapacidad necesitan hacer adaptaciones ya sea para acceder al caballo como rampas, o que para montar requieran hacer adaptaciones en los estribos.



9. DISCAPACIDADES QUE SE BENEFICIAN DE LA REHABILITACIÓN ECUESTRE.

La equinoterapia es de beneficio en la rehabilitación de la mayoría de las discapacidades neuromúsculo-esqueléticas, aquellas relacionadas con el movimiento, retraso y dificultades en el desarrollo, discapacidades psico-motoras, discapacidades sensoriales y discapacidades sociales.

Las patologías que se favorecen de esta terapia son: Parálisis cerebral; disfunciones cerebrales; neurosis; psicosis; esquizofrenia, autismo; síndrome de Down; Accidentes vasculares cerebrales; Enfermedad de Parkinson; Esclerosis múltiple; Distrofia muscular; Escoliosis (menor de 35grados); Cifosis, lordosis moderadas o leves; Secuelas de traumatismo craneoencefálico con disfunción motora; Osteocondrosis con tensiones musculares; Espondilosis; Pre artrosis; Periartritis, peri artrosis; Hiperquinesia; Trastornos profundos del desarrollo; Déficit atencional; Dislexia; Deficiencias de la coordinación psicomotriz; Trastornos de conducta y problemas de lenguaje; Dificultades de aprendizaje; Enfermedades psicósomáticas; Anorexia nerviosa; toxicomanía, estrés; Problemas sociales, sedentarismo (Decreto. P.E / CAE, 2008)

La equinoterapia es una terapia física que moviliza el sistema articular-muscular por lo tanto existen cuadros clínicos en los que no es recomendable aplicar este tipo de terapia.

Cuadro 1.

Cuadros clínicos donde no se debe aplicar la equinoterapia
Enfermedad de Scheuermann aguda
Morbus Bechterew
Displasia de cadera
Luxación de cadera
Osteocondrosis hiperostótica
Espondilosis deformante avanzada
Escoliosis mayor de 40º
Profusión o prolapso de hernia discal
Coxartrosis
Osteoporosis
Inestabilidad atlantoaxia (común en síndrome de Down)
Espina bífida
Trombosis con peligro de embolia
Miogelosis reumática
Enfermedades orgánicas inflamatorias
Enfermedades óseas inflamatorias
Epilepsia no controlada
Distrofia muscular
Hemofilia



Insuficiencia cardíaca

Conociendo esta información se necesita obligatoriamente una evaluación médica y ortopédica del paciente y un certificado del médico tratante para asegurarse que no existe ningún riesgo para el paciente, el uso de la equinoterapia (Gross, 2006).

10. CARACTERISTICAS DEL CABALLO PARA EQUINOTERAPIA

La equinoterapia utiliza al caballo como una herramienta terapéutica, por lo que es importante que el equino que sea utilizado tenga ciertas características para así obtener buenos resultados.

Las características que debe tener un equino para ser apto para desempeñar este tipo de terapia son:

- 1) Temperamento.
- 2) Entrenamiento.
- 3) Conformación.
- 4) Raza

10.1 Temperamento

El temperamento es la característica más importante en un caballo que sea destinado a la equinoterapia. Por la labor que desempeñara deberá ser un caballo de “sangre fría”, esto se refiere a que se un animal tranquilo y noble para que de esta manera el jineta tenga la posibilidad de realizar acercamientos, otorgar caricias, y se someta el tipo de trabajo necesario en la terapia, el ejemplar debe comprender instrucciones, ágil, siendo capaz de caminar, trotar o galopar sin dificultad alguna, se debe evitar el trabajo con caballos asustadizos ya que estos deben trabajar con ruidos de diversas fuentes, ver pelotas y aros en movimiento. (Meregillano G. , 2004).

El sexo del caballo que se utiliza en equinoterapia es de suma importancia, no se deben utilizar sementales ya que esto facilita que se distraigan y esto puede ser causa de accidentes, se recomienda el uso de machos que se les haya realizado una orquiectomía bilateral puesto que esta intervención hace que el nivel de hormonas sexuales (testosterona) disminuya y los caballos se vuelvan más dóciles y adecuados para la equinoterapia.

La edad no es considerada de suma importancia, pero es recomendable utilizar animales que se encuentren entre los 6 y 10 años de edad, ya que entre estas edades el caballo no es joven e inmaduro pero tampoco muy viejo para realizar con éxito las actividades (Meregillano G. , 2004).

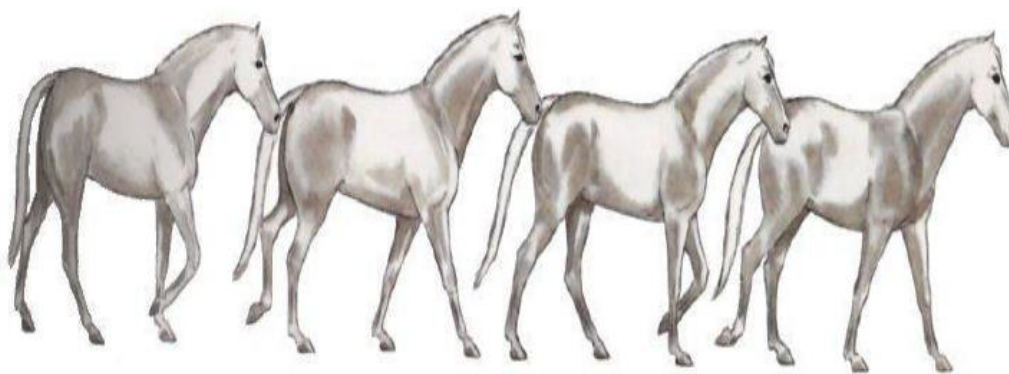


10.2 Entrenamiento

El entrenamiento del caballo incluye la condición física y psíquica del caballo y deberá ser entrenado con los principios clásicos de la equitación. como es el llevar un hierro en la boca y aprender que cuando se le jala suavemente de las dos riendas a la vez tiene que parar, que cuando se le jala de la izquierda tiene que girar hacia ese lado e igual con la rienda derecha. Cuando se le aplica presión con los talones el caballo deberá iniciar su marcha hacia delante en línea recta. Tiene que saber trabajar con la cuerda y hacer las tres marchas básicas (paso, trote y galope) perfectamente y conocer la voz de su entrenador cuando se le indica ir al paso, al trote o al galope trabajando a la cuerda (Romero Blanch, 1999).

El paso que el caballo usa para desplazarse sin prisa, es un movimiento rítmico y lento, lo que convierte el paso en un movimiento relajante. Es una marcha diagonal a cuatro tiempos, es decir, se necesitan cuatro movimientos diferenciados del caballo para completarlo (Romero Blanch, 1999) Este paso lento es el utilizado en la equinoterapia, ya que es el que entrega mayor seguridad y traspa de mejor forma los impulsos del animal, junto con que con este andar es posible trabajar en las distintas actividades contempladas en la terapia.

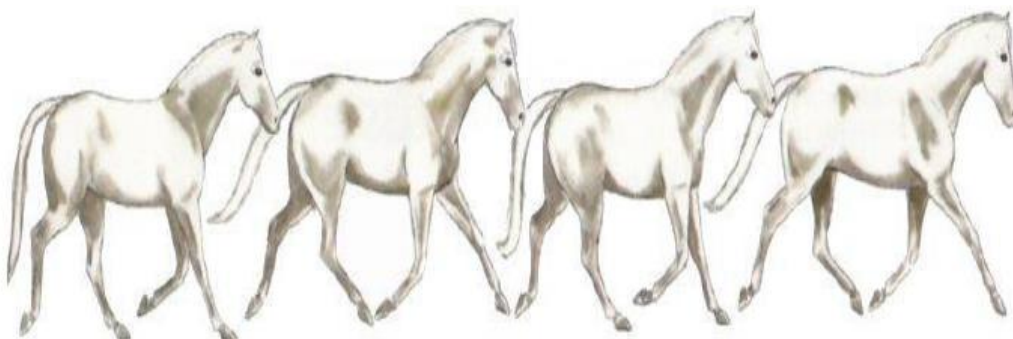
(Figura 1) Marcha del caballo al paso



El trote es una marcha de dos tiempos en el que el caballo se mueve por bípodos diagonales con un momento de suspensión

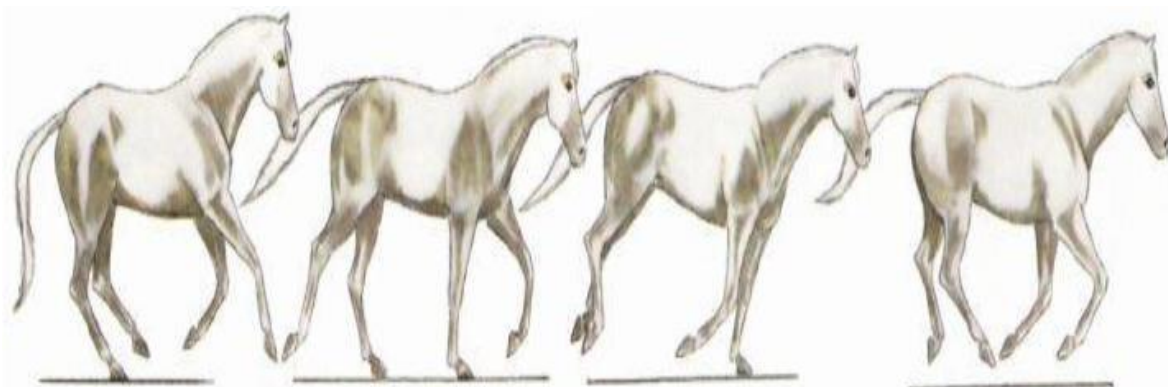


(Figura 2) Marcha del Caballo al Trote



El efecto del trote sobre el cuerpo del paciente es muy diferente al paso debido a la suspensión, que hace que los impulsos que emite el lomo del caballo sean marcadamente más fuertes. El galope es la marcha más veloz que usa el caballo. Es una marcha de tres tiempos y siempre hay una mano que se adelanta más que la otra.

(Figura 3) Marcha del Caballo al Galope



Todas las marchas deben tener un andar recto, es decir que las extremidades posteriores deben ponerse en la misma línea justo detrás de la huella de las manos en cada paso, evitando los movimientos laterales. Si esto no se cumple se lo considerará un andar defectuoso. El entrenamiento busca manejar al caballo de la forma más fácil posible, con el menor esfuerzo y con el menor daño físico y psíquico para el caballo. Los caballos destinados a equinoterapia deberán estar en constante entrenamiento para reafirmar lo aprendido (Romero Blanch, 1999).

10.3 Conformación

El caballo destinado a la equinoterapia debe de tener una conformación morfológica óptima, en cuanto a estructura. Debe ser armónica en cuanto a esqueleto, ya que es el aparato que sustenta al animal y en cuanto a los aplomos, deben de ser adecuados para que el caballo tenga balance y por lo tanto una perfecta locomoción.



Uno de los puntos básicos de referencia del balance es la relación que hay entre la línea superior del caballo y la inferior, en el cuerpo y el cuello. Idealmente un caballo debería tener una parte superior del cuerpo corta (lomo) pero que puedan caber dos personas y una parte inferior del cuerpo larga y en el cuello es lo opuesto (Hamilton, 2006)

(Figura 4) Puntos básicos de referencia del balance.



Si la longitud de esas líneas fuera igual, el caballo tendría un balance inadecuado. El aparato locomotor del caballo está conformado anatómicamente por diversas estructuras como huesos, articulaciones, músculos, tendones y ligamentos que interactúan de manera armónica durante la locomoción.

Una buena conformación en el caballo, le permite coordinar sus movimientos sin que sus miembros sufran interferencias entre sí o con el resto del cuerpo.

Sin embargo, cuando existen defectos en los aplomos y conformación se generan fuerzas anormales en ciertos puntos anatómicos que predisponen al desarrollo de lesiones.

10.4 Raza

Hasta el día de hoy no se encuentra documentado el uso de alguna raza específica para la equinoterapia, pero se debe elegir un caballo de temperamento dócil y de conformación morfológica ideal. En la mayoría de los centros que imparten equinoterapia, algunas de las razas más utilizadas son:



- Cuarto de milla



- Criollo



- Appaloosa





11. POSICIÓN DE MONTAR

Para montar un caballo es necesario obtener una buena postura que significa una buena alineación corporal para mantener el centro de gravedad del cuerpo sobre su base (*línea imaginaria que pasa por el punto medio entre el talón y las cabezas de los metatarsianos y ligeramente por delante del eje transversal de la rotación de la articulación de la rodilla; continúa a través de la articulación de la cadera, por delante de la articulación occipitoatlantoidea y a través del lóbulo de la oreja*). La buena postura en posición de pie, es cabeza y tórax erguidos, mentón, abdomen y glúteo hacia la línea media del cuerpo, rodillas moderadamente flexionadas y pies apoyados firmemente en el suelo. (Anthony & Thibodean, 1983)

Para conservar la postura participan muchas estructuras distintas de músculos y huesos. El tono muscular depende del sistema nervioso, el cual también regula y coordina la cantidad de tracción de cada músculo. En alguna medida contribuyen a la capacidad de los músculos para conservar la postura los sistemas respiratorio, digestivo, circulatorio, excretor y endocrino. Quizá la forma óptima de valorar la importancia de la mala postura sea tomar en cuenta algunos de los efectos de la mala postura; significa mayor trabajo para los músculos con el propósito de contrarrestar la tracción de la gravedad y, en consecuencia, produce fatiga más rápidamente que la postura adecuada. La mala postura somete a mayor esfuerzo a los ligamentos al igual que los huesos, y, por último puede producir deformidades. Dificulta funciones corporales de índole de respiración, acción cardíaca y digestión. Probablemente no sea exagerado decir que incluso disminuye la confianza en la persona que tiene mala postura.

Según las diferentes disciplinas ecuestres se han estipulado básicamente dos tipos de asiento de montar, el asiento profundo y el ligero, cada uno con una finalidad y un propósito distinto, proporcionando beneficios fisiológicos diferentes.

El **asiento profundo** es el que se utiliza al inicio del tratamiento para encontrar el equilibrio necesario sobre la pelvis del paciente, lo que no es fácil, ya que se debe encontrar la coincidencia de su propio punto de gravedad con el del caballo en todo momento. Para lograr una óptima adaptación a los movimientos del caballo hacia delante o hacia los lados, el paciente deberá mantener las siguientes posiciones:

- El peso del tronco descansa sobre el punto central entre las piernas, entre el pubis y el ano, así la pelvis se encuentra en posición vertical y puede efectuar el movimiento basculante hacia delante y hacia atrás.
- La columna vertebral se erige junto con la cabeza, nivelando las curvaturas fisiológicas naturales de la columna vertebral.
- Los hombros se relajan y se abren hacia atrás juntando los omóplatos.



- Los brazos caen naturalmente a la altura de los costados, doblando los codos en un ángulo entre 90° y 140° aproximadamente, formando siempre una línea recta entre rienda, dorso de la mano y antebrazo.
- 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 sin llegar a apretar, lo que indicaría una falta de equilibrio del paciente, si se empleara constantemente.
- La punta del pie se eleva ligeramente en todo momento para que el talón sea el punto más bajo del paciente.

Los beneficios que obtendremos con este tipo de asiento es que:

Se estabiliza el tronco y la cabeza del paciente, se adquiere mayor flexibilidad en el cinturón pélvico, los músculos abductores se estiran al abrir las piernas, se fomenta el equilibrio horizontal y vertical y por último se fortalece la musculatura abdominal y pectoral.

Por el tipo de beneficios que obtenemos se recomienda aplicar a los siguientes cuadros clínicos:

- Espasticidad en músculos de pelvis y piernas como los presentados en la Parálisis Cerebral espástica y atetósica.
- Hipotonía en músculos del tronco y cuello como los presentados en la Parálisis Cerebral hipotónica y Síndrome de Down.
- Falta de equilibrio y problemas en el sistema vestibular y propioceptivo.

En caso de que el paciente no pueda alinear su tronco y cabeza por sí mismo de suma importancia que la persona encargada de la terapia realice la monta gemela para así poder darle el apoyo necesario (Gross, 2006)

El **asiento ligero** o asiento en suspensión presenta una biomecánica totalmente diferente y es utilizado en algunas disciplinas ecuestres. El paciente abandona la posición erguida e inclina su tronco desde la cadera en mayor o menor grado hacia delante, con lo que disminuye el peso sobre el dorso del caballo, lo que se requiere para saltar un obstáculo, montar en el campo o para el entrenamiento de caballos jóvenes, tratando de no sobrecargar los músculos dorsales aún muy débiles.

En esta posición la línea de gravedad ya no pasa por la pelvis ni por los hombros, sino cruza exactamente en el centro del costado del paciente, formando una línea vertical imaginaria entre tobillo, rodilla y costado.

Este tipo de asiento por la biomecánica que presenta se utiliza en la monta terapéutica con los siguientes propósitos:



- Fortalece los músculos de la espalda a nivel lumbar, dorsal y cervical, lo que resulta muy importante para una postura erecta.
- Aumenta la fuerza muscular de las piernas.
- Extiende y fortalece el tendón de Aquiles, lo que es muy importante para pisar seguro con el pie y darle estabilidad.
- Desarrolla un buen equilibrio sobre los pies y el paciente se ve obligado a aplicar las reacciones de equilibrio a partir de los pies y no de la pelvis como en el asiento profundo.
- Fortalece de los flexores de cadera y de las piernas



12. SESIONES DE EQUINOTERAPIA

Para realizar una sesión de equinoterapia es necesario haber realizado una valoración y un diagnóstico del cuadro clínico que presenta el paciente por parte del médico especialista que certifica el uso de la equinoterapia.

El equinoterapeuta debe hacer un análisis detallado del cuadro clínico que se le presenta para poder crear un programa de trabajo, y deberá evaluar el área neuromotora, sensomotora, psicomotora y sociomotora para poder establecer sus objetivos terapéuticos para fundamentar sus estrategias de trabajo.

Después de haber hecho las valoraciones y el paciente ha sido aceptado para la equinoterapia se realiza el primer acercamiento con el caballo para que se familiarice con él y las actividades que se le asignan varían de acuerdo al cuadro clínico que se presente. A los padres se les explica que no hay un periodo específico para pronosticar mejorías pero que “la disciplina es un punto fundamental para el éxito de la equinoterapia” y son necesarios 30 días para poder dar un primer diagnóstico.

Antes de la sesión de equinoterapia con el paciente se debe de preparar al caballo, el equinoterapeuta deberá montarlo y hacer ejercicios que posteriormente hará con el paciente y aplicar métodos de comunicación y sin violencia para que así el caballo este relajado y acepte hacer lo que se le indique²⁶

El trabajo se va a estructurar en 3 etapas, teniendo en cuenta las particularidades de cada paciente. Cada una de estas etapas trae consigo sus objetivos y ejercicios propuestos:

La primera etapa: *Etapas de familiarización y modulación del tono postural*, se orienta al tratamiento del tono muscular y la inhibición de los patrones patológicos de movimiento.

La segunda etapa: *Etapas de Fortalecimiento Muscular y desarrollo de los Hitos Longitudinales del Neurodesarrollo*, va encaminada a la facilitación y desarrollo de los patrones fisiológicos y el desarrollo de capacidades físicas.

Tercera etapa: *Independización en la Monta*, donde el paciente logra conducir y controlar el animal dominando elementos básicos de la equitación. Paralelamente a cada etapa se llevará a cabo un trabajo psicopedagógico de acorde a las características de cada paciente²⁷

12.1 Ejercicios por Etapas²⁸

Etapas I: Familiarización y modulación del tono postural.

El caballo va a ser controlado por el terapeuta, el paciente se adaptará pasivamente al movimiento del caballo sin ninguna acción de su parte,

²⁶ García Sarabia Selene, *Equinoterapia: un binomio con fines terapéuticos*, en: cdigital.uv.mx/bistream/12345678/733/2Selene%20García%20Sarabia.pdf

²⁷ Álvarez de Armas Amhed, *Propuesta de programa de equinoterapia para pacientes con parálisis cerebral espástica*, en: <http://www.monografias.com>Salud>

²⁸ Ernst, M. y De la Fuente, M. (2007). *Manual básico de hipoterapia: Terapia asistida con caballos*. Barcelona. Editorial: La liebre de marzo.



aprovechando el calor corporal, impulsos rítmicos y el patrón de locomoción tridimensional y las manipulaciones o masajes aplicados por el terapeuta. En esta etapa se utiliza el llamado "Back-riding "(técnica donde el terapeuta se sienta detrás del paciente para dar apoyo y alinearlos durante la monta) (Figura 5). Se trabajan aspectos como la relación afectiva caballo-paciente y la superación de miedos.

Objetivos:

- Lograr la aceptación e identificación del paciente con el animal en un medio ambiente físico.
- Generar una atmósfera emocional propicia basada en la confianza y el trabajo en equipo.
- Aprovechar la temperatura corporal del animal para modular el tono muscular y facilitar la relajación del paciente.

Ejercicios y Actividades:

- 1- Acercamiento y familiarización del paciente con el animal (Toques, caricias, peinado, alimentación manual).
- 2- Desde la rampa de monta colocar al paciente en posición de cabalgar sobre el caballo sin desplazamientos, el técnico se colocará en posición de back riding.
- 3- Desde back-riding realizar recorrido por la pista de trabajo (back-riding) iniciando el desplazamiento del caballo al paso y luego al trote.
- 4- Realizar patrón de inhibición refleja de cabeza y cuello en back-riding al paso.
- 5- Realizar patrón de inhibición refleja de miembros superiores en back-riding al paso
- 6- Realizar patrones de inhibición refleja de miembros inferiores en back-riding.
- 7- Realizar disociación de cintura escapular en back-riding al paso
- 8- El paciente realizará monta con desplazamiento al paso adoptando diferentes posturas.

Figura 5. Postura Correcta para realizar Back-Riding





Etapa II: Fortalecimiento Muscular y desarrollo de los Hitos Longitudinales del Neurodesarrollo

En esta etapa el caballo continúa controlado por el terapeuta añadiéndose a la monta la realización de ejercicios neuromusculares para estimular en mayor medida el desarrollo de la función motora, se facilitarán las reacciones de enderezamiento y equilibrio y se estimulará al paciente en las áreas específicas que el médico recomiende. La finalidad de esta fase es la adquisición de las habilidades motoras mediante ejercicios neuromusculares proporcionando una participación más activa del paciente durante esta etapa.

Objetivos Específicos:

- Facilitar los patrones de movimientos fisiológicos.
- Mejorar el control postural, la coordinación y el equilibrio.
- Fortalecimiento Muscular Global.

Ejercicios para el desarrollo del control postural, coordinación y equilibrio:

1. Realizar monta alrededor de la pista con brazos extendidos, al frente, atrás, lateral y hacia arriba, primero sin desplazamiento del caballo y después con desplazamiento.
2. Realizar durante la monta flexión de hombros al frente y a arriba con codos extendidos y ambas manos entrelazadas, primero sin desplazamiento y después con desplazamiento del caballo.
3. Realizar recepción y lanzamiento de balones desde el caballo, primero estático y después con desplazamiento del caballo.
4. En posición de cabalgar torsión de tronco de forma alterna con brazos extendidos
5. Realizar flexo-extensión de miembros superiores con voces de mando con banderillas de distintos colores sujetas a ambas manos.

Etapa III: Independización en la monta

En esta etapa el paciente conducirá al animal de forma independiente y realizará ejercicios básicos de equitación incluyendo juegos, donde mediante algunas adaptaciones individuales se enseña a montar a caballo al niño teniendo la actividad un impacto favorable en especial en la esfera psicológica, pedagógica y en la integración social, los objetivos terapéuticos son más generales, el paciente montará generalmente solo y aprenderá nociones de la equitación.

Objetivos Específicos:

- Lograr la independización del paciente en el manejo y control del caballo.
- Dominar la postura correcta del jinete durante la monta.



Actividades y Ejercicios:

1. Enseñanza de la monta y desmonta desde la rampa:

La monta de un caballo por pasos: comprende varios actos separados ejecutados en un movimiento continuo:

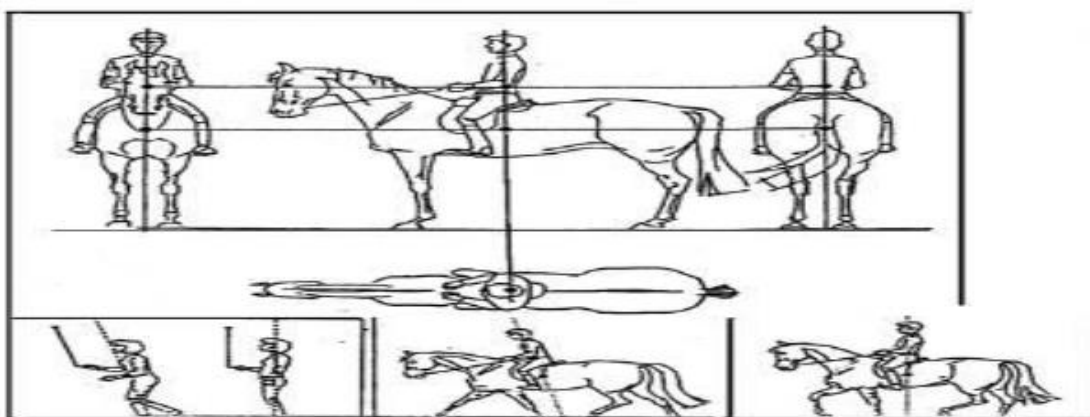
a) El jinete se coloca al lado izquierdo de la montura a la altura de la silla mientras sujeta las riendas en la mano izquierda que descansan en el cuello del caballo frente al pomo de la silla.

b) Con la mano derecha vuelve el estribo hacia él, se inserta el pie izquierdo en él, se coloca la mano derecha en el arzón y se impulsa desde el suelo transfiriendo su peso al pie izquierdo y las manos.

c) Se quita entonces la mano derecha del arzón y se pasa la pierna derecha por encima de la grupa del animal sentándose sin brusquedad en la silla.

La posición correcta del jinete es manteniendo la verticalidad y hacer coincidir el centro de gravedad del jinete con el centro de gravedad del caballo.

Figura 6. Posición correcta del jinete



Para desmontar:

a) El jinete-paciente agarra de nuevo las riendas frente al pomo con la mano izquierda. Desengancha el pie derecho del estribo y transfiere el peso al pie izquierdo.

b) Pasar la pierna derecha sobre la grupa del animal, apoyándose contra la parte izquierda del caballo para transferir el peso a las manos.

c) Hacer una pequeña pausa para sacar el pie izquierdo del estribo y se deja resbalar hacia el suelo. Las botas de montar o un calzado fuerte con poco tacón evitan quedarse enganchado de los estribos.



2. Enseñanza de ayudas para controlar el caballo.

- Voces de Mando del Jinete.
- Señales transmitidas al caballo mediante las piernas y manos y por el cambio del peso del cuerpo en la silla.
- Uso de fusta para complementar y reforzar las órdenes, no para castigar al caballo.

3. Mover el caballo hacia adelante, frotando sus piernas contra los lados del caballo e incrementando la presión y las voces de mando.

4. Conducir al animal al paso dentro de la pista de trabajo.

5. Conducción al animal al trote dentro de la pista de trabajo.

6. Conducción del animal alrededor de un obstáculo en forma de círculo, a favor y en contra de las manecillas del reloj.

Durante las sesiones de equinoterapia se estimula al paciente con juegos terapéuticos, a través del juego se logra que el paciente trabaje sus limitaciones sin ser consciente del esfuerzo que está realizando, por este motivo aumenta la motivación por la tarea y se consiguen los objetivos. En algunos juegos se solicita la participación de los padres o familiares buscando la interacción con sus familiares. Se trabajan pautas relacionales entre el paciente y su familia además de los componentes físicos que estén relacionados con el juego.

Los principales *juegos y ejercicios* que se trabajan son los dirigidos al área emocional, social y psicomotriz:

- ✓ Limpiar el caballo.
- ✓ Tocar diferentes partes, nombrarlas, nombrar las del propio cuerpo.
- ✓ Dar de comer.
- ✓ Oler al caballo.
- ✓ Escuchar sus sonidos, imitarlos.
- ✓ Montar a caballo solo, con algún compañero o con el terapeuta.
- ✓ Realizar distintos juegos sobre el caballo (adoptar diferentes posiciones, jugar al básquet, fútbol, carreras, escondidas, etc.)²⁹

La sesión puede convertirse en una actividad deportiva para aquellos pacientes que, acorde a sus capacidades, puedan realizarlo.

Gracias a esta idea de juego, el ejercicio se convierte en una diversión y deja de ser un aburrido y difícil “tratamiento”, dando como resultado, un ambiente más sereno, equilibrado y armonioso. El caballo permite conjugar la

²⁹ Fundación Huellas, *Equinoterapia Bahía Blanca*, en: <http://www.fundacionhuellas.com.ar>



responsabilidad y el placer, y se convierte en un objeto de deseo de gran valor emocional y terapéutico.³⁰

13. BENEFICIOS EN LAS DISTINTAS AREAS DEL DESARROLLO.

La equinoterapia beneficia las distintas áreas de desarrollo en las personas con discapacidad, estas son:

13.1 Beneficios desde el área psicológica y emocional

- Aumenta la autonomía y el autocontrol.
- Estimula la comunicación y las relaciones sociales.
- Mejora la expresión verbal aumentando su vocabulario.
- Aumenta la autoestima y la autoconfianza.
- Potencia la atención y la concentración.
- Mejora la memoria.
- Mejora el control emocional.
- Favorece la integración.
- Fomenta el sentimiento general de bienestar.

Asimismo, a nivel psicológico, la terapia con caballos tiene beneficios que van desde la superación de miedos e inseguridades, el fomento del lenguaje y la comunicación, o la mejora de la autoestima, entre otros beneficios. Para ello la terapia debe ser acompañada por un equipo de psicólogos, terapeutas, fisioterapeutas, etc.

13.2 Beneficios desde el área de comunicación

- Aumenta el vocabulario.
- Desarrolla nuestra comunicación con el caballo: mejorando y aumentando la comunicación gestual y oral.
- Incrementa la interacción social y la amistad.
- Aumenta las relaciones sociales.
- Fomenta patrones de relación adecuados en un entorno natural.

13.3 Beneficios desde el área física / psicomotora

- Mejora el equilibrio, postura y coordinación.
- Regula el tono muscular.
- Mejora la destreza motora.
- Mejora la lateralidad.
- Aumenta la capacidad de movimiento de las articulaciones, reduce los patrones de movimiento anormales.

³⁰Estivill Sara (1999) “La terapia con animales de compañía convivir con mascotas: como benefician a las personas” Madrid: Tikal



- Mejora la capacidad respiratoria y circulatoria.
- Desarrolla el sistema propioceptivo.
- Permite un mejor conocimiento del esquema corporal.
- Aumenta la fuerza y resistencia.
- Potencia la integración sensorial.

13.4 Beneficios desde el área pedagógica

- Potencia la secuenciación y la planificación motriz.
- Mejora la coordinación óculo-manual.
- Potencia la percepción visual espacial.
- Potencia la adquisición de aprendizajes dentro del ámbito ecuestre.



14. EFECTOS TERAPEUTICOS DE LA EQUINOTERAPIA.

Los efectos terapéuticos se refieren a los beneficios que proporciona el uso de la equinoterapia en las áreas neuromotora, sensomotora, sociomotora, psicomotora y funcional del organismo humano (Heine, 1997).

14.1 Efectos Neuromotores

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

14.2 Efectos Sensomotores

- a) Desarrollo de la sensopercepción táctil
- b) Desarrollo del sistema propioceptivo y vestibular
- c) Fomento de la integración sensorial (táctil, visual, auditivo)
- d) Desarrollo de la conciencia e imagen corporal

El íntimo contacto del cuerpo del paciente con el cuerpo del caballo estimula la sensopercepción táctil. El contacto táctil activo parecido a un masaje proporcionado durante el movimiento del paso y el trote, estimula la inervación de las vías sensitivas de las piernas y de la base de la pelvis.

En la hipoterapia se hace que el paciente acaricie seguidamente el cuello o la grupa del caballo, con el pie o la mano funcionando esto como un masaje. Se motiva al paciente a tocar diferentes partes del caballo.

En algunos ejercicios neuromusculares, como acostar el tronco hacia atrás o sentarse al revés, inclinando el tronco hacia adelante, el contacto corporal es casi total, por lo que se aprovecha el calor corporal y el movimiento muscular vibrante del lomo y de la grupa del caballo. De esta manera se regulariza la sensibilidad táctil, que a veces es muy baja (hiposensibilidad), muy alta (hipersensibilidad, aversión a ser tocado) o combinada.

La equitación es un deporte que requiere una sensopercepción táctil muy desarrollada, específicamente en las piernas y manos, y una capacidad de reacción y coordinación psicomotriz como respuesta a lo percibido. Manejar el caballo en la pista es un acto muy complejo y requiere sentido del espacio, buena coordinación entre ojo, mano, pelvis y pierna, capacidad de diferenciar los dos lados y aplicación de los sentidos táctil, visual y auditivo en el mismo momento. Por eso se ha comprobado que hay un estímulo muy positivo del sistema propioceptivo ya que el jinete es cada día más consciente de su propio cuerpo y de la relación del mismo con el caballo y el espacio.

Para una persona con disfunción sensomotora y disfunción de la coordinación psicomotriz fina es provechoso que sea ella misma la encargada de la limpieza del caballo antes de la sesión. Así se logra integrar ejercicios



sensoriales que incluyen la sensopercepción olfativa en ejercicios psicomotrices. Manejar el cuerpo del caballo manualmente acariciándolo o cepillándolo aporta grandes beneficios al aspecto psíquico del paciente.

14.3 Efectos Sociomotores

- a) Desarrollo de la comunicación análoga y verbal.
- b) Aumento de la atención y concentración mental.
- c) Confrontación de temores personales.
- d) Incremento de autoconfianza y autoestima.
- e) Desarrollo de la voluntad.
- f) Aumento de la capacidad de adaptación.
- g) Disminución de impulsos agresivos.
- h) Desarrollo del comportamiento cooperativo.
- i) Desarrollo de la responsabilidad.

El desarrollo de la coordinación psicomotriz va logrando una mejoría en la coordinación del área de la boca y lengua. Usar ciertos ejercicios de vocalización durante la monta como gritar vocales y sílabas y dar órdenes verbales al caballo en lugar del impulso con las piernas, refuerzan notablemente la capacidad de expresión verbal.

La relación emocional del jinete con su caballo es, por lo general, estrecha (en especial si el niño monta siempre el mismo caballo) que fácilmente se establece una comunicación recíproca de gesticulación con el caballo.

En la monta terapéutica a veces se monta en grupo y la necesidad de comunicación verbal se extiende hacia los compañeros. Realizar juegos a caballo junto con los compañeros requiere la capacidad de comunicación análoga y verbal.

Las órdenes al caballo se pueden dar con la pierna o la voz. En caso que la orden sea hablada, el paciente con falta de lenguaje puede aprender que la palabra tiene poder y esto estimulará y motivará la comunicación verbal.

14.4 Efectos Psicomotores

- a) Estabilización del tronco y de la cabeza.
- b) Desarrollo del equilibrio horizontal y vertical (sistema vestibular).
- c) Construcción de la simetría corporal.
- d) Fomento de la coordinación psicomotriz gruesa y fina.
- e) Desarrollo de la lateralidad.
- f) Incremento de elasticidad, agilidad y fuerza muscular.



La coordinación sutil del tronco y la cabeza, necesaria para su estabilización, es la base para el correcto asiento de montar y para efectuar la marcha en el piso. Para lograr esta estabilización dinámica no se debe permitir al paciente apoyar sus manos sobre la monta, porque bloquea el cinturón pélvico y el aprendizaje del balance dinámico del tronco. Se le debe enseñar el movimiento de agarrar las grapas hacia atrás y hacia arriba para logra la profundización de su asiento. El objetivo es que el jinete encuentre su centro de gravedad haciéndolo coincidir con el del caballo, para lo que es indispensable su correcta alineación.

Cuando más rápido es el movimiento del caballo más tonicidad, coordinación y concentración se requiere.

Cambios de dirección (montar figuras en la pista) ejercitan la estabilidad del tronco a nivel del equilibrio horizontal; mientras que los cambios en el impulso del caballo (paso, trote, paso) ejercitan la estabilidad del tronco a nivel del equilibrio vertical.

La alineación del jinete hacia un asiento correcto de montar implica automáticamente la corrección de las asimetrías corporales. Ciertos ejercicios neuromusculares, especialmente los de patrón cruzado, ayudan a restablecer la simetría corporal.

La selección del lado a montar (a derecha o a izquierda) tiene gran importancia en la corrección de la asimetría corporal. Si un paciente presenta una asimetría en los hombros (hombro derecho caído), se montará a mano izquierda para alcanzar por medio de la rotación del tronco el estiramiento de la musculatura dorsal del lado derecho. Esto en combinación con ejercicios correctivos (colocar el brazo izquierdo atrás en la cintura, lo que bajará el hombro izquierdo) proporciona muy buenos resultados en poco tiempo.

El terapeuta decidirá según una evaluación psicomotriz previa, como utilizar las diferentes direcciones en beneficio del paciente para contrarrestar las asimetrías corporales

14.5 Efectos Funcionales

- a) Estimulación de la peristalsis.
- b) Estimulación del sistema circulatorio.
- c) Estimulación del sistema respiratorio

El movimiento constante y continuo de la pelvis estimula enormemente la peristalsis del intestino. Entre más rápido es el movimiento (trote y galope), más estímulo se da a los órganos internos del abdomen, lo cual es benéfico para personas que no pueden caminar y padecen de estreñimiento crónico. Además está comprobado que montar aumenta la frecuencia cardíaca y favorece la circulación sanguínea.



Para que la respiración se regularice y se haga más profunda durante la monta, es recomendable usar el trote. La correcta posición de montar fomenta la apertura de los hombros, la liberación del diafragma y de la zona pulmonar favoreciendo la inspiración y la espiración; por eso la equinoterapia se usa también con pacientes que padecen de bronquitis crónica y asma.

Cuando se logra la alineación correcta y la adaptación del cinturón pélvico al movimiento del caballo en paso, se puede empezar a trabajar en trote. Este deberá ser corto y suave al principio. El uso del trote rítmico ayuda a inhibir los reflejos tónicos, da mayor flexibilidad a los ligamentos y los músculos del cinturón pélvico y mayor estabilización del tronco y la cabeza; además le proporciona al paciente una gran motivación porque se siente ya, montando en serio.

Como podemos observar, la equinoterapia no solo proporciona efectos terapéuticos positivos sobre un área, sino que trabaja sobre todo el cuerpo humano al mismo tiempo y así obtendremos los beneficios deseados para cada caso clínico que se maneje.

14.6 Beneficios Según el Tipo de Discapacidad.

TIPO DE DISCAPACIDAD O CAPACIDAD DIFERENTE	¿QUE ES?	BENEFICIOS	TIPO DE DESARROLLO
Eclerosis Múltiple	Es una enfermedad del sistema nervioso central que afecta al cerebro, tronco del encéfalo y a la medula espinal. La mielina, la sustancia que recubre las fibras nerviosas, resulta dañada y la habilidad de los nervios para conducir las ordenes del cerebro se ve interrumpida	<ul style="list-style-type: none"> -Regulación del tono muscular. -Mejora del equilibrio, postura y coordinación. - Mejora de la destreza motora. -Aumenta la capacidad de movimiento de las articulaciones. 	Alteración en el desarrollo motor
Autismo	Es un espectro de trastornos caracterizados por graves déficits del desarrollo, permanente y profundo. Afecta a la socialización, la comunicación, imaginación, planificación, reciprocidad emocional y conductas repetitivas o inusuales	<ul style="list-style-type: none"> -Incrementa la interacción social. -Aumentan las relaciones sociales -Fomenta patrones de relación adecuados en un entorno natural - Mejora la coordinación óculo-manual. -Potencia la percepción 	Alteración en el desarrollo cognitivo



		visual espacial.	
Síndrome de Down	Es una alteración genética producida por la presencia de un cromosoma extra (o una parte de él) en la pareja cromosómica 21, de tal forma que las células de estas personas tienen tres cromosomas en dicho par, cuando lo habitual es que sólo existan dos.	-Aumenta el vocabulario. -Desarrolla nuestra comunicación con el caballo de manera emocional -Mejora y aumenta la comunicación gestual y oral. -Área de socialización -Incrementa la interacción social -Área física (todos)	Alteración en el desarrollo cognitivo
Espina Bífida	Es una malformación congénita del tubo neural, que se caracteriza porque uno o varios arcos vertebrales posteriores no han fusionado correctamente durante la gestación y la médula espinal queda sin protección ósea.	-Mejora del equilibrio, postura y coordinación. -Mejora de la destreza motora. -Aumenta la capacidad de movimiento de las articulaciones -Regulación del tono muscular.	Alteración en el desarrollo motor
Traumas cerebrales	Se produce cuando un objeto que se mueve rápidamente golpea el cráneo o cuando éste es lanzado violentamente contra una superficie dura	-Regulación del tono muscular. -Mejora del equilibrio, postura y coordinación. -Mejora de la destreza motora. -Aumenta la capacidad de movimiento de las articulaciones -Potencia la integración sensorial	Alteración en el desarrollo emocional
Distrofia muscular	Grupo de enfermedades hereditarias que producen debilidad de los músculos estriados, que son los que producen los movimientos voluntarios del cuerpo humano. Se caracterizan por debilidad muscular y alteraciones en las proteínas musculares que ocasionan la muerte de las células que componen este tejido.	-Regulación del tono muscular. -Mejora del equilibrio, postura y coordinación.	Alteración en el desarrollo motor



		<ul style="list-style-type: none">-Mejora de la destreza motora.-Aumenta la capacidad de movimiento de las articulaciones	
Problemas de conducta	Comportamientos no habituales o maneras de comportamientos no esperadas por los adultos.	<ul style="list-style-type: none">-Aumenta la autonomía y el autocontrol.-Estimula la comunicación y las relaciones sociales.-Mejora la expresión verbal aumentando su vocabulario.-Aumenta la autoestima y la autoconfianza.-Potencia la atención y la concentración.-Mejora la memoria y el control emocional.	Alteración en el desarrollo emocional



CAPITULO IV
“Análisis e Interpretación de los Datos”



“Si enseñamos a los niños a aceptar la *diversidad* como algo normal, no será necesario hablar de *inclusión* sino de *convivencia*”

La evolución de la sociedad, en lo que respecta a la visión de discapacidad, ha ido mejorando sustancialmente en el tiempo, añadiendo nuevas apreciaciones tanto en la inclusión como en la rehabilitación propiamente tal. Generando, estos cambios positivos de actitud, la posibilidad de incorporar terapias complementarias, que si bien no sustituyen a las otras, llegan para apoyar y abrir nuevas instancias de tratamiento, permitiendo una modalidad multidisciplinaria mucho más completa.

ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS DATOS

En este apartado presento el análisis y categorización de la información proveniente del discurso de las madres, padres o apoderados, entrevistados. El resultado está organizado en categorías generales tituladas:

- 1) La Discapacidad: “entre la normalidad y la diferencia”.
- 2) La Equinoterapia: “una terapia global”.
- 3) Sus Percepciones: “Esa fue la primera vez que pensé que esto servía”.

En la primera categoría se discuten las percepción que tienes los padres respecto de la discapacidad, como está a cambiado o no desde que tienen a su cuidado una persona con discapacidad.

Dentro de la primera categoría se consideró necesario analizar tres preguntas de la entrevista realizada, las cuales son:

- ¿Cuáles crees que son las expectativas que tiene la sociedad sobre una persona con discapacidad o necesidades educativas especiales?
- ¿Qué expectativas tienes sobre tu hijo/a?
- ¿Cuál era tu opinión sobre la discapacidad antes de tener un/a hijo/a con discapacidad o necesidades educativas especiales?, Ha cambiado o variado esa opinión.

La segunda categoría se enfoca plenamente en la equinoterapia, siempre enfocada en la visión global que entregan padres y/o cuidadores, y como estos logran percibir y vivenciar de forma concreta y real, los avances y beneficios, que la equinoterapia ha otorgado a sus hijos. En esta categoría se busca contrastar las



vivencias de los padres y apoderados, con la teoría que fue aportada en capítulos precedentes.

Las preguntas a analizar en esta categoría son:

- ¿Qué beneficios aporta el uso de la equinoterapia en niños, niñas, jóvenes y adultos con discapacidad o necesidades educativas especiales?
- ¿Cuál era tu opinión o que sabías sobre la equinoterapia antes de tener un/a hijo/a con discapacidad o necesidades educativas especiales?, ¿Ha cambiado o variado esa opinión?
- ¿Cómo tuvo conocimiento de que existía la equinoterapia, y por qué se interesó por ella?
- ¿Cuáles son las mejoras concretas que ha provocado en la niña la equinoterapia respecto a la movilidad, la estabilidad del cuerpo, el habla y/o comunicación?

Finalmente en la tercera categoría, se busca recopilar información en torno a la calidad de vida de las personas con discapacidad o necesidades educativas especiales y su entorno. Así como también alcanzar información relevante sobre el acompañamiento familiar y como esta terapia también logra un bienestar global.

En esta categoría se analizarán las siguientes preguntas:

- ¿Cómo era el niño antes de empezar con la terapia y como se encuentra actualmente?
- ¿Cómo se relacionaba el alumno con su entorno más cercano antes de la equinoterapia y cómo lo hace ahora?
- ¿Ha mejorado la calidad de vida de su hijo? Y la de su entorno familiar con la equinoterapia?
- ¿Cómo es el acompañamiento familiar en esta técnica?, ¿De qué manera participa en equinoterapia?
- ¿Ha notado una mayor motivación en el niño/a para asistir a la terapia, ya que a diferencia con otras terapias, ésta incluye diferentes estímulos como estar al aire libre, escuchar distintos sonidos, los colores y demás?

1) La Discapacidad: “entre la normalidad y la diferencia”.

Al realizar el análisis de estas preguntas quien suscribe se encontró con respuestas variadas sobre todo en torno a cuales consideraba el entrevistado que eran las expectativas que tenía la sociedad respecto a las personas con discapacidad, si bien algunas respuestas estaban cargadas de optimismo como una que señala que “yo creo que hay muy buena voluntad, hay muchas ganas de



poder hacer cosas respecto a la discapacidad”, respuesta que demuestra, el avance que ha tenido con los años la discusión respecto a la discapacidad, ahora se habla abiertamente del tema, se buscan aportes y soluciones para las demandas que tienen las personas con discapacidad y sus familias, que por muchos años vivieron bajo las sombras de sus hogares.

Si bien la mayoría de los padres coincide en que ha habido avances en torno a la discapacidad, muchos también concuerdan en que *“pero siento que todavía estamos en una etapa, de poder interiorizar y entender la discapacidad, que se traduce en el uso del lenguaje”*. El uso correcto del lenguaje, en torno a la discapacidad sigue siendo un tema muy sensible para padres, madres y cuidadores de personas con discapacidad, ya que el lenguaje construye realidades, siendo esto así, es sumamente importante como las personas se refieren a las personas con discapacidad, si en el lenguaje les entregamos el valor y respeto que merecen, se irán generando cambios en las futuras generaciones, para así seguir avanzando en torno a la inclusión.

Aunque hay padres y cuidadores, con una visión más optimista respecto a cómo ve la sociedad a las personas con discapacidad, algunos también manifestaron su preocupación en torno a este tema, *“se tilda a los niños con discapacidad de pobrecitos, siempre victimizando”, “me han dicho que mi hijo siempre va a ser una carga para mí”,* esto preocupa a los padres y cuidadores, que ven que la sociedad aún no se encuentra preparada para aceptar y reconocer a las personas con discapacidad, como un ciudadano más con derechos y deberes, sobre todo frente al trato digno que merecen.

En torno a las propias expectativas de los padres, estos se manifestaban en torno a la felicidad que pueda lograr el alumno, incentivando sus capacidades, sus destrezas y viviendo el día a día.

La mayoría de los padres y/o apoderados entrevistados, se manifestaba en torno a la independencia, siempre consientes y apelando a que en la medida que el alumno quiera y pueda, logre la mayor independencia que pueda, *“quiero que Emilio sea un profesional, yo lo voy a motivar, lo voy a incentivar y voy a estar siempre con él”*.

“Para mí se abrió un mundo nuevo que se llama discapacidad, porque para mí antes no existía, no por mala onda ni nada, pero creo que la discapacidad es una experiencia muy difícil de empatizar a menos que la vivas, porque es algo muy chocante, muy fuerte, muy difícil”. El difícil camino que viven los padres y/o apoderados de personas con discapacidad, se vivencia a través de sus palabras, que si bien siempre están llenas de orgullo y ganas de salir adelante. Tuvieron que comenzar a transitar *“por un nuevo mundo”* como mucho señalan, donde todo era una oportunidad para aprender y salir adelante con su hijo.



La mayoría manifestó su nulo conocimiento respecto de la discapacidad, antes del nacimiento de su hijo, haciendo hincapié en que siempre lo vieron “desde la vereda del frente”, donde eran unos simples espectadores, pero que desde que se abrió este nuevo mundo, han vivido nuevas experiencias, nuevos dolores y miedos también, pero llenos de una nueva forma de ver y enfrentar la vida, que los hace luchar día a día, por la inclusión y oportunidades para sus hijos.

2) La Equinoterapia: “una terapia global”.

En relación al vínculo humano-animal, fue posible observar por las entrevistas e información teórica, que coincidía fielmente a lo que percibían los padre y/o apoderados, en que el vínculo que se crea entre el alumno y el caballo es fundamental para conseguir diversos cambios a nivel físico, psíquico y social, el afecto que transmite el animal, provoca empatía y de esta forma fomenta no solo la activa participación del alumno, sino también del entorno.

La equinoterapia se planteó como un recurso terapéutico eficaz en el área de la salud y la rehabilitación debido a que la misma genera y repercute en el ser humano a través de ciertas emociones particulares que se ven movilizadas.

En la relación paciente-caballo, se produce un contacto íntimo con el animal, el cual permite y busca contacto corporal con el humano. El equino entiende sin palabras, se expresa con gestos claros y directos. Cuando el paciente logra adaptarse al movimiento del caballo, este siente que puede confiar en el animal, lo que le ayuda a recuperar la confianza en sí mismo y en el entorno. Entre el paciente y el animal se desarrolla un vínculo que otorga al primero bienestar, seguridad, aumento de autoestima, placer y afecto.

La interacción con el caballo, incluyendo los primeros contactos, los cuidados preliminares, el acto de montar y la caricia final, permite desarrollar nuevas maneras de socialización, incrementar la autoconfianza y autoestima y aumentar la independencia. Al afrontar sus temores los alumnos adquieren cada vez más obediencia por parte del caballo, así también el alumno va desarrollando mayor confianza en sí mismo, lo cual es muy beneficioso para la autoestima.

En varias ocasiones de las entrevistas los padres señalaron lo tranquilos y relajados que se veía a sus hijos luego de la terapia, esto está ligado a la alta capacidad perceptiva que tiene al animal, lo que obliga a la persona a reaccionar con tranquilidad y firmeza, evitando conductas hiperactivas e impulsivas que puedan llegar a alterarlo. Por tanto el alumno experimenta nuevas reacciones psicológicas en relación con él mismo y su entorno. Es por esto que los padres y/o apoderados manifiestan de forma tan espontánea que sus hijos se ven y sienten tal relajados y tranquilos luego de la sesión, Gross(2006) afirma que el caballo exhibe características muy positivas en el trato con el humano, como es la falta total de reacciones vengativas o rencorosas; permite y busca el contacto corporal,



entiende sin palabras, se expresa con gestos claros y directos, nunca rechazara a quien se acerque amablemente y no conoce, por lo que tiene un comportamiento natural con cualquier persona.

Si bien la atención y concentración se trabajan durante todo el tiempo, puesto que la persona tiene que aprender a manipular la información recibida de su instructor y ponerla en práctica.

Muchos apoderados manifestaron ver en la equinoterapia una terapia amable, ya que está a través de diferentes juegos y ejercicios terapéuticos, logra que la persona también trabaje sus limitaciones sin ser consciente del esfuerzo que está realizando, aumentando la motivación por la tarea y consiguiendo objetivos deseados.

Otra de las coincidencias entre la teoría y lo recopilado en las entrevistas en torno al área de la motricidad, la equinoterapia aporta mejoras importantes en el equilibrio, la postura, el control oculo-manual, y que este progreso genera a su vez mayor autonomía e independencia en la vida cotidiana.

El desarrollo de la autoestima y autonomía, se fundamenta en gran medida en los progresos obtenidos sesión a sesión y en la capacidad de dominar a un animal tan grande como el caballo: “*cada logro es muy significativo*”. Se señaló también que lo aprendido en equinoterapia se ve reflejado por los alumnos en otros contextos como las instituciones, las casa, etc.

Por otro lado se sostuvo que es una terapia “amigable”, ya que los alumnos la perciben más como un espacio de esparcimiento y disfrute con el que se sienten identificados, el sentido de pertenencia con el lugar es muy importante.

3) Sus Percepciones: “Esa fue la primera vez que pensé que esto servía”.

Es clave la participación de las familias y/o cuidadores en la realización de la terapia, como un apoyo generador de aprendizajes, brindando además herramientas para el futuro y para resolver situaciones cotidianas en el hogar con el paciente.

Con respecto al papel de la familia, es fundamental el apoyo de esta para fortalecer el proceso de mejora del alumno. Se explicó también que la equinoterapia contribuye a cortar en cierta medida con la sobreprotección que algunos padres ejercen sobre sus hijos, “*los padres se vuelven menos temerosos para con sus hijos*” por lo que se fomenta el desapego con los mismos.

La equinoterapia mejora las relaciones interpersonales, estableciendo a su vez un vínculo entre paciente y familia. Se adquiere atención, concentración y memoria y así los niños consiguen obtener una mejor calidad de vida. Se busca



que la autoconfianza que se logra con la equinoterapia, en el manejo y trabajo con el caballo, lo traslade a otras actividades de su vida cotidiana.

Generalmente, los lugares donde se realiza la Terapia Asistida con Caballo están enmarcados en un ambiente natural, con un clima de trabajo agradable, donde el individuo logra la adaptación y manifiesta emociones positivas, que repercuten a nivel físico, pero principalmente a nivel psicológico.

La hipoterapia, y 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 y niñas, que tienen limitación de movimiento.

CONCLUSIONES FINALES

No es fácil escribir y poner en palabras lo que uno sabe por experiencia propia, las palabras a menudo no alcanzan para explicar lo que es una sonrisa o la alegría en los ojos.

En mi paso por el programa de Equinoterapia, pude comprobar el impacto que tiene esta terapia en la discapacidad. Es así como me di cuenta lo que significa montar para un niño, niña o joven, trasladarse sobre el lomo de un caballo para una personas que depende de una silla de ruedas para movilizarse, el dejar de mirar el mundo desde abajo, para pasar a observarlo desde lo alto, tiene un profundo efecto positivo en lo anímico y emocional.

Fui testigo en primera persona del orgullo, alegría y satisfacción de los alumnos y familias, cuando aprenden a montar, trotar, galopar, o realizar ejercicios de equilibrio y coordinación, aun teniendo limitaciones físicas e intelectuales, en algunos casos severas. Me di cuenta también que aprender sobre el lomo de un caballo y rodeado de naturaleza es mucho más fácil, agradable, amable y motivante que dentro de un salón de clase o una consulta con algún especialista. Y que con un poco de imaginación se pueden enseñar infinidad de cosas que son de utilidad hasta en la vida diaria.

Pude comprobar como los distintos aires y ritmos del caballo generan efectos en el estado de ánimo, como un paso acelerado, o el trote puede sacar del letargo, así como también, pasar de la apatía a la alegría. Por otro lado un paso de ritmo pausado puede tener efectos relajantes que suavicen niveles de excitación, ansiedad y estrés elevados.

A lo largo de esta investigación, se ha llegado a cumplir el objetivo general, junto con sus objetivos específicos. Pudiendo contrastar la teoría y la realidad, evidenciando desde la mirada de los padres cómo evoluciona un niño, niña o joven con discapacidad o necesidades educativas especiales por medio de la equinoterapia.



Se ha demostrado a través de las vivencias relatadas por los apoderados como las terapias asistidas por animales, y en su caso analizado, por caballos, complementan el proceso de las terapias tradicionales.

El caballo como agente de cambio, ha logrado demostrar, a través de mensajes subliminales que llegan a nuestro inconsciente, a valorarnos, a relajarnos y a descubrir quiénes somos o queremos llegar a ser.

Ha quedado en claro cómo los cambios son graduales, siempre pensando desde la subjetividad y la problemática de cada paciente. En cada sesión, el niño, niña o adolescente nunca se va igual que cuando vino. Hay algo entre el animal y el niño que escapa a la descripción de las palabras, se debe vivenciarlo. He visto y presenciado como los caballos devuelven la sonrisa a un alumno deprimido por su afección, estimulando su carácter social, reduciendo los bloqueos afectivos.

Los caballos inducen a un estado curativo y sano, “hipnotizan” y abstraen de la realidad abrumadora a niños, niñas y adolescentes con discapacidad o necesidades educativas especiales, creando un espacio para el disfrute y el alivio del dolor. Se trabaja principalmente con el lenguaje no verbal en el cual las emociones están implicadas como la alegría y el asombro.

A partir de las reflexiones que se lograron recopilar e intercambiar con los padres y apoderados entrevistados, se puede pensar que la manera en la cual un niño, niña o adolescente afronta su relación con un caballo, es la manera en que afronta su relación con el mundo; al cambiar su actitud de temor hacia el caballo por una más relajada, ésta también la trasladará a la relación con su entorno.

Los niños, niñas y adolescentes que participan de esta actividad han aumentado sus destrezas y logrado un mejor manejo de su cuerpo. Han mejorado su calidad de vida y por ende sus vínculos familiares. La comunicación en el hogar y en la escuela ha sido muy satisfactoria.

Es clave la participación de las familias o cuidadores en la realización de la terapia, como un apoyo generador de aprendizajes, brindando además herramientas para el futuro y para resolver situaciones cotidianas en el hogar con el alumno.

Generalmente, los lugares donde se realiza la Terapia Asistida con Caballo están enmarcados en un ambiente natural, con un clima de trabajo agradable, donde el individuo logra la adaptación y manifiesta emociones positivas, que repercuten a nivel físico, pero principalmente a nivel psicológico.

La realización de esta tesis le ha permitido a la autora desestructurar y modificar los supuestos con que encaró este proyecto en sus comienzos, ya que ha comprendido que en la equinoterapia no hay reglas fijas, no hay recetas que den los mismos resultados al aplicarlas, por ejemplo en el establecimiento del vínculo de confianza; ha llegado a comprender que no hay dos niños, niñas o adolescentes iguales, ni tampoco hay dos caballos iguales, por tanto que no hay dos vínculos niño-caballo que sean iguales, ni siquiera similares. Cada vínculo es



único e irrepetible en el tiempo, lo que pase entre sus protagonistas dependerá de sus subjetividades. Por más que nos cuenten, los únicos que tienen la experiencia vivencial son ellos. A su vez, cada uno aporta y complementa al otro, sin el caballo como agente de cambio, que proporcione los estímulos corporales tampoco sería posible la terapia, y sin el niño con la dificultad que lo acompaña y su deseo de aumentar su calidad de vida tampoco se podría llevar a cabo la terapia.

He llegado a la reflexión de que los niños, niñas y adolescente con discapacidad, compensan el hecho de no ser protagonistas de nada, a ser protagonistas de su propio proyecto en la equinoterapia.

He experimentado cómo verdaderamente es posible que un niño, niña o adolescente haga terapia jugando, al mismo tiempo que se estimulan diferentes partes de su cuerpo y su motricidad, juega, se divierte, es feliz, sin darse cuenta de que está en una “consulta a cielo abierto”.

Por lo expresado en los párrafos anteriores se puede considerar que se ha podido dar cumplimiento al objetivo general, el cual buscaba recopilar las percepciones de los padres y/o apoderados de niños, niñas y adolescentes que asisten a equinoterapia, con distintas discapacidades, con distintos rangos de tiempo participando en la equinoterapia, para así oír desde sus propias experiencias, como esta amigable terapia los ha marcado y mejorado, la calidad de vida de su hijo o hija.

Asimismo, la autora ha podido llevar a cabo, un objetivo personal que consistió en la posibilidad de vivenciar esta maravillosa terapia, de poder lograr un acercamiento a la práctica. Esto lo ha conseguido al haber sido autorizada a ser parte del equipo técnico que realiza la equinoterapia.

Al realizar esta tesis la autora se percató que el tema de la zooterapia, y en su caso el de la equinoterapia es muy extenso, hay muchos puntos por trabajar, por lo cual considera que este trabajo de integración final podría ser una pequeña introducción de trabajos de investigación futuros.

“La gran utilidad de los animales en las terapias, es que logran lo que muchas veces ni la familia ni los profesionales pueden hacer: romper un tipo de esquema fijo de comportamiento, muy cerrado, que no les sirve para comunicarse con los demás, sino para recluirse en su propio mundo. De esta manera, el animal logra despertar el interés del niño y relacionarse con él, lo cual significa muchas veces un primer e importantísimo contacto”³¹

³¹ Fine, A. H. (2003). *Manual de terapia asistida por animales*. Barcelona. Editorial: Fundación Affinity



CAPITULO V

“Bibliografía”



BIBLIOGRAFIA

- DE LA MAZA, G. (2004). “Políticas Públicas y Sociedad Civil en Chile: El Caso de las Políticas Sociales (1990–2004)”. Documento N° 43. Biblioteca del Congreso Nacional. Santiago de Chile, Chile. Pag. 122.
- BIBLIOTECA DEL CONGRESO NACIONAL DE CHILE (2010). Historia de la Ley N° 20.422: establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad.
- Proyección INE desde el año 1990 al 2020, con un margen de error al censo 2002 de + 3.711 habitantes para la comuna de Los Andes.
- Ilustre Municipalidad de Los Andes. Plan Regulador de Los Andes. Memoria Explicativa 2003.
- Ernst, M., & De la Fuente, M. (2007). *Manual básico de hipoterapia: Terapia asistida con caballos*. Barcelona: La liebre de marzo.
- Gross, E. (2006). *Equinoterapia; la rehabilitación por medio del caballo*. Sevilla: Triillas. Segunda Edición.
- HERNANDEZ, Roberto, FERNANDES, Carlos, BAPTISTA, Pilar. Metodología de la Investigación. Perú: McGraw Hill, 2010. 613p. ISBN 978-607-15-0219-9. BOLAÑOS, Ernesto. Muestra y Muestreo. Escuela Superior de Tizayuca.
- Rodríguez Gómez, G.; Gil Flores, J. y García Jiménez, E. (1999). Metodología de la investigación cualitativa. Málaga: Aljibe.
- Goetz, J. P. y LeCompte, M. D. (1998). Etnografía y Diseño Cualitativo en Investigación Educativa. España: Morata.
- BRIONES, Guillermo, “Texto de Metodología de la Investigación Cuantitativa en las ciencias sociales”, Bogotá, Colombia, Ed. ARFO Editores e Impresores Ltda., Año 2002.
- Anthony, G., & Thibodean, G. (1983). *Anatomía y fisiología*. Editorial Interamericana.
- Aramayo, M. (2001). *La persona con discapacidades y su familia*. Caracas : Fondo Editorial de Humanidades y Educación.
- Arostegui, I. (1998). *Evaluación de la calidad de vida en personas adultas con retraso mental. [Simposio presentado a las III Jornadas Científicas de Investigación sobre Personas con Discapacidad,].* Salamanca.
- Astorga, L. (2007). *¡Por un mundo accesible e inclusivo! Guía básica para comprender y utilizar la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*. Buenos Aires: Instituto Interamericano sobre Discapacidad y Desarrollo Inclusivo.
- Barolin, G., & Samborski, R. (1991). *The Horse as an aid in therapy*. wien med wochenshr.



- Candler, C. (2003). *Sensory integration and therapeutic riding at summer camp: occupational performance outcomes*. Phys Occup Ther Pediatr.
- CNREE, C. N. (2007 - 2009). *El Compendio de Requisitos Técnicos de Accesibilidad Universal, Equipo de Apoyo*, CNREE. Costa Rica: CNREE.
- CNREE, C. N., & JICA, A. d. (2005). *MANUAL PARA CONOCER LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO, DE LA DISCAPACIDAD Y DE LA SALUD*. Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial.
- Cummins, R. A. (1996). *The domains of life satisfaction: An attempt to order chaos*. Social Indicators Research.
- Cummins, R. A. (2005). *Moving from the quality of life concept to a theory*. Journal of Intellectual Disability Research.
- Debusse, D., Chandler, C., & Gibb, C. (2005). *An exploration of German and British physiotherapists views on the hippotherapy and their measurement*. Physiother theory pract.
- "Discapacidad", I. E. (2004). *Declaración de Salamanca*. Salamanca.
- Ernst, M. &. (2007). *Manual básico de hipoterapia: Terapia asistida con caballos*. Barcelona: : La liebre de marzo.
- Ernst, M., & De la Fuente, M. (2007). *Manual básico de hipoterapia: Terapia asistida con caballos*. Barcelona: La liebre de marzo.
- ESPINÁS, J. M. (1987). *Tu nombre es Olga. Cartas a mi hija mongólica*. Barcelona: La Campana.
- Federation of Horses in Education and Therapy International, A. (marzo de 2009). *Federation of Horses in Education and Therapy International*. Recuperado el julio de 2016, de <http://www.frdi.net/>
- Fernández Iglesias, J. (2006). *Guía de Estilo sobre Discapacidad para Profesionales de los Medios de Comunicación*. Real Patronato sobre Discapacidad. NIPO: 214-06-017-0.
- Friedmann, E. a. (1995). *Pet ownership, social support and one year survival among post-myocardial infarction patients in the cardiac arrhythmia suppression trial*. Am J Cardiology 76:1213-1217.
- Friedmann, E. K. (1983). *Social interaction and blood pressure: Influence of animal companions*. J Nerv and Ment Disease 171(8):461-465.
- García, A., Rubio, C., López, M., Guerrero, E., & García-Peña, I. (2014). *Efectos de un programa de equitación Adaptada y terapéutica en un grupo de niños con trastornos del espectro autista*. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*. Universidad de Almería Almería, España. Recuperado el julio de 2016, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=293130506005>: <http://www.redalyc.org>
- Gine, C. (2004). *Servicios y calidad de vida para personas con discapacidad*. Revista Española sobre Discapacidad Intelectual.



- Gómez- Vela, M. (2005). *Evaluación de la calidad de vida de alumnos de educación secundaria obligatoria con necesidades educativas especiales y sin. Tesis doctoral*. Salamanca: Universidad de Salamanca.
- González Návar, R. (2001). Hacia una conceptualización de la discapacidad. *Revista Trabajo Social. Universidad Nacional Autónoma de México. D.F.*
- Gross Naschert, E. (2009). *Equitación y salud. Montar a caballo: Actividad deportiva, recreativa y terapéutica*. México: Editorial Trillas. 1º edición.
- Gross, E. (2006). *Equinoterapia; la rehabilitación por medio del caballo*. Sevilla: Trillas. Segunda Edición.
- Hamilton, C. (2006). "Big Balance Picture: Balance And Basic reference points". Estados Unidos: American quarter horse journal.
- Harlem, G. (2002). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Conferencia de la OMS sobre salud y discapacidad: [http:// www.int/es/](http://www.int/es/)
- Heine, B. (1997). "Introduction to hippotherapy". *NARHA Strides Magazine April*, vol.3 no. 2.
- Katcher, A. F. (1990). *Looking, talking and blood pressure: The physiologic consequences of interaction with the living environment*. In: *New Perspectives on Our Lives with Companion Animals*.
- Martínez, V. (2005). Fundación Cordovesa de Equinoterapia. Curso teórico práctico de equinoterapia. *Curso teórico práctico de equinoterapia*. Cordova: Fundación Cordovesa de Equinoterapia.
- Meregillano, G. (2004). "Hipootherapy".
- Meregillano, G. (2004). "Hipootherapy".
- Montero, C. (2003). *Estrategias para facilitar la inserción laboral a personas en condición de discapacidad*. San José, Costa Rica: Editorial de la Universidad Estatal a Distancia.
- Moreno, B. y. (1996). *Evaluación de la calidad de Vida, en G. Buela - Casal, V. Madrid: Siglo XXI*.
- O, C., Barrera.L, & M., S. (2012). Programa Conductual con Equinoterapia en Niña con Autismo: Un estudio de caso. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual Latin American Journal of Behavioral Medicine.Sociedad Mexicana de Medicina Conductual A. C.Distrito Federal, México 2(2)*, 133-138.
- OMS, O. M. (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: CIF. . Organización Mundial de la Salud*.
- Pastén Cordovez, F. (2000). *Elaboración de diagnósticos sociales con la utilización de técnicas cualitativas de investigación*. Valparaíso(Chile): Edeval.
- Pérez, A., Pérez, G., G, S., Salas, M., Chirino, B., & Sóliz, C. (2013). *La equinoterapia en la rehabilitación integral del autismo*. Recuperado el julio



de 2016, de EFDeportes.com: <http://www.efdeportes.com/efd176/la-equinoterapia-en-larehabilitacion-del-autismo.htm>

- Pérez, L. R. (2008). *La equinoterapia en el tratamiento de la discapacidad infantil*. Cuba:: Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas de Camagüey.
- Pérez, L., Rodríguez, J., & Rodríguez, N. (2008). *La equinoterapia en el tratamiento de la discapacidad infantil*. *Archivo Médico de Camagüey*. Cuba: Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas de Camagüey.
- R, W., J, O., K, B., D, M., & W, R. (2008). Aportes del programa de Equinoterapia de la Fundación Sinergia a un grupo de niños en condiciones de discapacidad en la ciudad de San Juan de Pasto. *Revista Unimar*.
- Ramos, A., Díaz, Y., Báez, F., & Tarajano, A. (2006). *Equinoterapia: Experiencia en un año de tratamiento*. *Archivo Médico de Camagüey*, vol. 10. Cuba: Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas de Camagüey.
- Ríos González, J. A. (1994). “El sistema familiar afectado por la enfermedad y la deficiencia física” en UNIVERSIDAD PONTIFICIA DE COMILLAS: Orientación y terapia familiar en familias afectadas por enfermedades o deficiencias. Madrid: Fundación Mapfre Medicina.
- Romero Blanch, J. (1999). *“El Arte de la Equitación”*. Argentina: Albatros.
- Rubio, J. y.-G. (25 de 11 de 2011). *Programa de iniciación a la equitación para alumnos con TEA y TDAH*. Paper presented at the Congreso Nacional Diversidad, Calidad y Equidad Educativas, organized by the Ministerio de Educación del Gobierno de España, held in Murcia. Recuperado el julio de 2016, de <http://www.congresodiversidad.es/actas/docs/26.pdf>
- Sampieri, R. F. (1991). *Metodología de la Investigación*. D.F, Mexico: McGraw Hill.
- Schalock, R. B. (2002). *Conceptualization, Measurement, and Application of Quality of Life for Persons with Intellectual Disabilities: Report of an International Panel of Experts*.
- Schalock, R. L. (2007). *El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual*. Siglo Cero.
- Schalock, R. y. (2002/2003). *Calidad de Vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid: Alianza Editorial.
- SCORGIE, K., & WILGOSH, L. (1998). “Stress and coping in families of children with disabilities: an examination of recent literature” en *Developmental Disabilities Bulletin*, vol. 26.
- Strauss, A. y. (2002). *Bases de la Investigación Cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Suárez, C. (2010). *Manual de Equinoterapia: Hipoterapia - Método Chamarrita*. 1º edición. Buenos Aires: Dunken.



- Tabares, C., Vicente, F., & Sánchez, S. (2013). *Análisis del cambio hormonal en una población de niños autistas por el efecto de la terapia asistida con caballos*. International Journal of Developmental and educational Psychology: Familia y educación: aspectos positivos|.
- Taylor, S. y. (1994). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Buenos Aires: Paidós.
- UNIDAS, N. (1988). *Programa de acción mundial para las personas con discapacidad*. Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía.
- VALMASEDA, M. (1995). “Las personas con deficiencia auditiva” en VERDUGO, M. A.: *Personas condiscapacidad: Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras*. Madrid: Siglo XXI.
- Vive, J. (2012). *El caballo como facilitador en el proceso de enseñanza-aprendizaje del niño con Tda-h: Bases para la estimulación del autocontrol, la atención con hiperactividad a través del trabajo asistido con caballos*. L´auró Projecte.
- Woodcock, R., Ortiz, J., Bravo, K., Meza, D., & Rondón, W. (2008). Aportes del programa de Equinoterapia de la Fundación Sinergia a un grupo de niños en condiciones de discapacidad en la ciudad de San Juan de Pasto. *Unimar*.



Capitulo VI
“Anexos”



ANEXOS

1. PROGRAMA EQUINOTERAPIA LOS ANDES



I.MUNICIPALIDAD DE LOS ANDES
DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE LOS ANDES DIRECCION DE DESARROLLO COMUNITARIO, PROGRAMA EQUINOTERAPIA 2017





INTRODUCCIÓN

Hablar del término hipoterapia necesariamente nos lleva a relacionar la actividad con el apoyo de un caballo, y para poder detallar con certeza que es específicamente la definiremos como:

“Es la monta terapéutica; es una actividad rehabilitadora, reconocida en todo el mundo que consiste en aprovechar los movimientos tridimensionales del caballo para estimular los músculos y articulaciones además del contacto físico aporta facetas terapéuticas a niveles cognitivos, comunicativos y de personalidad. Es un entrenamiento especial físico que se puede usar terapéuticamente como tratamiento médico para pacientes con disfunciones de movimiento y otras enfermedades crónicas”.



OBJETIVO GENERAL

Proporcionar una entrada sensorial a través del movimiento variable, rítmico y repetitivo. La respuesta del movimiento resultante en el paciente, es semejante a los movimientos humanos de la pelvis cuando camina. La variabilidad de la marcha del caballo, posibilita, terapéuticamente graduar el grado de sensaciones que recibe el paciente. Estos responden entusiastamente a esta experiencia de aprendizaje divertida en un medio natural. Físicamente la hipoterapia puede mejorar el equilibrio y la movilidad, aunque también puede apoyar positivamente a las funciones de comunicación y de comportamiento para pacientes de todas las edades y con distintas patologías.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Mejorar la interrelación social y familiar.
- Aumenta la independencia y el autoestima.
- Mejorar el equilibrio corporal.
- Mejora la coordinación de movimientos y contribuye al desarrollo de capacidades intelectuales y cognitivas tales como: autocontrol, memoria y concentración.



¿QUE ES LA EQUINOTERAPIA?

La equinoterapia es un método terapéutico y educacional que utiliza al caballo como instrumento o (medio) dentro de un abordaje interdisciplinario en las áreas de salud, educación y la equitación buscando el desenvolvimiento biopsicosocial de las personas portadoras de deficiencias o con necesidades especiales. Es considerada desde la medicina como un método terapéutico y educacional basado en la teoría de la neuroplasticidad y neurorestauración, que utiliza el caballo como un agente curativo o de estimulación, dentro de un abordaje multidisciplinario en las áreas de la salud, educación y equitación, con roles definidos, programas y propuestas elaboradas secuencialmente; buscando el desarrollo bio-psico-social de personas con capacidades diferentes o necesidades educativas especiales. Por otro lado desde la psicología se define como una psicoterapia integrativa supraparadigmática, en estricto rigor sistémica, al integrar equipos multidisciplinarios, familiares, voluntarios y el caballo como agente de cambio; empleando en su intervención directa técnicas cognitivo conductuales, en niños, niñas jóvenes y adultos con alguna discapacidad física o mental, con necesidades educativas especiales o capacidades diferentes.

Es también una terapia asistida con animales en la que el instructor utiliza al caballo como herramienta fundamental para alcanzar diferentes objetivos que van a estar especialmente diseñados de acuerdo a las necesidades y posibilidades específicas de cada usuario y en pos de mejorar su calidad de vida, su salud física, mental, emocional y su adaptación social. La práctica de la Rehabilitación Ecuestre busca potenciar el desarrollo de la capacidad física (amplitud articular y arcos de movimiento, equilibrio, coordinación, fuerza, resistencia, rapidez), corregir y compensar déficit psicológicos y propiciar la adquisición de destrezas, habilidades y hábitos transferibles a la vida social.

CAPACIDADES DIFERENTES QUE SE BENEFICIAN DE LA TERAPIA

La equinoterapia es de beneficio en la rehabilitación de la mayoría de las deficiencias neuromúsculo-esqueléticas, aquellas relacionadas con el movimiento, retraso y dificultades en el desarrollo, deficiencias psico-motoras, deficiencias sensoriales y deficiencias sociales. Las patologías que se favorecen de esta terapia son:

- Parálisis cerebral;
- disfunciones cerebrales;
- neurosis;
- psicosis;
- esquizofrenia,



- autismo;
- síndrome de Down;
- Accidentes vasculares cerebrales;
- Enfermedad de Parkinson;
- Esclerosis múltiple;
- Distrofia muscular;
- Escoliosis (menor de 35 grados);
- Cifosis,
- lordosis moderadas o leves;
- Secuelas de traumatismo craneoencefálico con disfunción motora;
- Osteocondrosis con tensiones musculares;
- Espondilosis;
- Pre artrosis;
- Periartritis, peri artrosis;
- Hiperquinesia;
- Trastornos profundos del desarrollo;
- Déficit atencional;
- Dislexia;
- Deficiencias de la coordinación psicomotriz;
- Trastornos de conducta y problemas de lenguaje;
- Dificultades de aprendizaje;
- Enfermedades psicosomáticas;
- Anorexia nerviosa;
- toxicomanía,
- estrés;
- Problemas sociales, sedentarismo.

BENEFICIOS SIGNIFICATIVOS EQUINOTERAPIA

- Beneficios Físicos.
- Beneficios Psicológicos.
- Beneficios Educativos.

Beneficio Físico

- El alumno mejora su equilibrio vertical y horizontal, regula el tono muscular y adquiere mejor coordinación fina y gruesa.
- Montar a caballo equivale a caminar sentado.

Beneficios Psicológicos

- El alumno siente una sensación de bienestar general, mejoras de autoestima y autoconfianza.



- Montar a caballo le trasmite mayor seguridad.

Beneficios Educativos

- El alumno desarrolla el respeto, la responsabilidad, la constancia y el amor hacia los animales.
- Montar a caballo facilita una mayor integración familiar y social.

ETAPAS DE LA TERAPIA ECUESTRE.

Consideramos 4 etapas en el desarrollo de esta actividad, teniendo en cuenta el grado de dependencia para sostenerse en forma autónoma y segura del paciente, y de quién dirige y realiza como profesional la terapia.

1º Fase Hipoterapia: Dependencia, El practicante todavía no tiene condiciones físicas y/o mentales para gobernar el caballo Necesita de personal para controlar el caballo y auxiliares laterales para apoyo.

Participación estricta y permanente de profesionales del área de la salud. El caballo por los movimientos influencia más en el practicante, que este en el animal.

2ºSemi-dependiente: El practicante tiene condiciones para ejercer alguna acción sobre el caballo. Puede permanecer sobre el caballo, manteniendo el tono y la postura. Equilibrio entre las acciones de los especialistas del área de la salud, educación y equitación. Básicamente favorece la reeducación y la rehabilitación. Las influencias reciprocas entre practicante y caballo son equivalentes.

3ºFase Independiente: El practicante tiene buenas condiciones para actuar sobre el caballo. Participa de pequeños ejercicios de hipismo. Participación de especialistas del área de la equitación, con supervisión de profesionales del área de la salud. El practicante logra más influencia sobre el caballo.

4ºFase Interdependiente: Los pacientes que por sus posibilidades, y hayan pasado por las anteriores etapas, ayuden a quienes comiencen, y de esa manera fomentamos la solidaridad, mejorar la red social.



DESTINATARIOS

- 10 alumnos de la Escuela Especial Valle Andino.
- 10 alumnos de la Escuela Ignacio Carrera Pinto.
- 6 alumnos de la Escuela Gabriela Mistral.
- 13 alumnos de la Escuela de Lenguaje Paicavi.
- 7 alumnos de la Escuela José Miguel Carrera.
- 6 alumnos de la Escuela Ferroviaria.
- 5 alumnos particulares.

La totalidad de padres y/o apoderados de los alumnos Beneficiados podrán ser inscritos en la Dirección de Desarrollo Comunitario. Lo anterior con la finalidad de acceder al beneficio antes presentado.

Requisitos:

- Autorización para participar en el programa.
- Formulario de informe médico.
- Autorización notarial.

Personal Responsable Involucrada:

Sra. María Cecilia Prado (Directora DIDECO)

Teniente Gonzalo Valenzuela (Encargado Programa Ecuestre de Regimiento)

Sra. Paula Carvacho Gamboa (Asistente Social, Unidad de Gestión Comunitaria)

Sra. María Teresa Montero (Asistente Social, Área de Discapacidad)

Sr. Marcelo Baeza (Profesor Educación Física, Terapeuta Especialista en Discapacidad)

Sra. Claudia Aguirre (Secretaria Programa Equinoterapia)

Sra. María Fernanda López (Tesisista Trabajo Social, Universidad de Valparaíso)



HORARIO

VIERNES (Desde el viernes 1 de julio al viernes 8 de diciembre)

- De 14:00 a 17:00 horas.

14:00 a 15:00 hrs.	Primer Grupo	10 alumnos Valle Andino
	Segundo Grupo	10 alumnos Ignacio Carrera Pinto
	Tercer Grupo	6 alumnos Gabriela Mistral
RECESO		
15:15 a 16:00 hrs.	Primer Grupo	13 alumnos Paicavi
	Segundo Grupo	7 alumnos José Miguel Carrera
	Tercer Grupo	6 alumnos Ferroviaria
RECESO		
16:15 a 17:15 hrs.		Alumnos Particulares

Para Finalizar el Programa de Equiniterapia los niños realizaran revista de gimnasia con lo aprendido en este tiempo, ya sea con Balones, aros u otros artículos.

HORARIOS DE ACTIVIDADES POR ESCUELA O COLEGIO

1 BLOQUE: 14:00 HRS A 15: 00 HRS

ESCUELA VALLE ANDINO

NOMBRE ALUMNO	EDAD
Damarys Beltrán Marco	10 años
Javiera Delgado Maturana	5 años
Leandra Rojas Rojas	16 años
Juan Atencio Iriarte	9 años
Alonso Montenegro Figueroa	11 años
Francisco Zamora Caris	16 años
Alejandra Ahumada	
Ítalo Henrique Moraga	20 años
Alan Montenegro	12 años
Consuelo Ahumada Alamos	20 años
TOTAL NIÑOS:	10

ESCUELA IGNACIO CARRERA PINTO

NOMBRE ALUMNO	EDAD
Guillermo Darío Rodríguez Chaparro	6 años
Diego Sepúlveda Robles	10 años
Andrés Ignacio Herrera Herrera	6 años
Madeleyne Anabel Jara Venegas	9 años
Felipe Ignacio Cortés Ogalde	12 años
Jaime Joaquín Arrieta Briones	5 años
Cristopher Rodrigo Arrieta Briones	11 años
Kevin Alexander Castro Jaime	13 años
Joan Alexander Rojas Vera	11 años
José Ignacio Ugalde Sánchez	2 años
TOTAL NIÑOS:	10



ESCUELA GABRIELA MISTRAL

NOMBRE ALUMNO	EDAD
Jorge Antonio RivesGauna	9 años
Saúl Alonso Espinoza Calderón	9 años
Javiera Ignacia Herrera Herrera	9 años
Agustín Leónidas Flores Madariaga	7 años
Johao Phillips Boilesve López	7 años
Pablo César Garrido Aguirre	13 años
TOTAL NIÑOS	6

2 BLOQUE: 15:00 HRS A 16:00 HRS

PAICAVI:

NOMBRE ALUMNO	EDAD
Mariano Castillo Espinoza	5 años
Agustín Cerda Muñoz	4 años
Gabriel Contreras Briceño	5 años
Rodrigo Vargas Páez	4 años
Mateo Gallardo Herrera	3 años
JoaquínLópez Arancibia	3 años
Bruno Vicencio Oyanedel	4 años
Cristóbal Cofre Salinas	3 años
Agustín Fuentes Cruz	4 años
Agustina Huerta Navarro	3 años
William Mitchell Pino	3 años
MaríaJesús Villarroel Zúñiga	4 años
Ariela Fuenzalida Álvarez	
TOTAL NIÑOS	13

ESCUELA JOSE MIGUEL CARRERA

NOMBRE ALUMNO	EDAD
Stefania Karina Torca Celedón	9 años
Alan Ignacio Garay Garay	7 años
Vladimir Sebastián Lazo Varas	5 años
Demian Ignacio Mondaca Guerra	8 años
Pablo Ignacio Quijanes Nuñez	12 años
Vladimir Alexander Manuel Morales Ruiz	6 años
Rodrigo Javier Oliveros Lemus	5 años
TOTAL NIÑOS	7

ESCUELA FERROVIARIA:

NOMBRE ALUMNO	EDAD
Mathías Ignacio Salinas Araos.	10 años
Damián Andrés Ojeda Leblank	6 años
Agustín Maximiliano Órdenes Órdenes	7 años
Héctor Daniel Cárdenas Cárdenas	6 años
Ángel Joaquín Navea Navea	7 años
Isaías Antonio Casanova López	8 años



TOTAL NIÑOS6

3 BLOQUE: 16:00 HRS A 17:00 HRS

PARTICULARES

NOMBRE ALUMNO	EDAD
Kevin Arancibia Aguilera	
Emily Aguirre Ahumada	22 años
Martina Ramírez Lagos	5 años
Paola Villarroel	39 años
Alonso Lazcano	13 años
TOTAL NIÑOS	5



“La discapacidad es la capacidad extraordinaria de ser capaz”



CRONOGRAMA

ACTIVIDAD	MES																															
	JULIO																															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
CLASES HIPOTERAPIA	■																															
								■																								
															■																	

■ HIPOTERAPIA



“La discapacidad es la capacidad extraordinaria de ser capaz”



ACTIVIDAD	MES																																
	AGOSTO																																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
CLASES HIPOTERAPIA					■																												
												■																					
																				★													
																											■						

■ HIPOTERAPIA

★ DIA DEL NINO



"La discapacidad es la capacidad extraordinaria de ser capaz"



ACTIVIDAD	MES																													
	SEPTIEMBRE																													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
CLASES HIPOTERAPIA		■																												
									■																					
																■														
																									★					

■ HIPOTERAPIA

★ FIESTAS PATRIAS



"La discapacidad es la capacidad extraordinaria de ser capaz"



ACTIVIDAD	MES																															
	NOVIEMBRE																															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
CLASES HIPOTERAPIA				■																												
											■																					
																			■													
																											★					

■ HIPOTERAPIA

★ REVISTA



“La discapacidad es la capacidad extraordinaria de ser capaz”



ACTIVIDAD	MES																															
	DICIEMBRE																															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
CLASES HIPOTERAPIA																																

 HIPOTERAPIA



2. AUTORIZACION APODERADO.



I. MUNICIPALIDAD DE LOS ANDES
DIRECCION DE DESARROLLO COMUNITARIO

AUTORIZACION PARA PARTICIPAR EN EL PROGRAMA EQUINOTERAPIA

En los Andes, a _____ de _____ del 2017

Don (a) _____ carnet de identidad N° _____, con domicilio en _____

En su calidad de apoderado del alumno Don (a) _____, perteneciente a la institución _____, autoriza al alumno a participar en el “Programa Equinoterapia”, que se ejecutará en las dependencias del Regimiento N° 3 Reforzado de Yungay de los Andes.

Además se aceptan las siguientes consideraciones:

- La ejecución de las Actividades del Programa de Equinoterapia está a cargo de la Dirección de Desarrollo Comunitario de la I. Municipalidad de los Andes, quien proporciona al equipo técnico, terapeuta especialista, asistente social.
- El Ejercito de Chile y la I. Municipalidad de los Andes se liberan de toda responsabilidad civil o penal en caso de ocurrir algún tipo de accidente propio de las actividades del programa que puedan perjudicar al alumno

FIRMA DEL APODERADO



3. FORMULARIO AUTORIZACION MEDICA.



I. MUNICIPALIDAD DE LOS ANDES
DIRECCION DE DESARROLLO COMUNITARIO

FORMULARIO DE INFORME DE MEDICO

Nombre del paciente: _____

Edad _____ Sexo: _____

Diagnostico _____

Tratamiento: _____

Autoriza participación de equinoterapia SI _____ NO _____

Resultados esperados: _____

Nombre del médico: _____

Especialidad : _____

RUT : _____

Domicilio : _____

Fono : _____



4. AUTORIZACION NOTARIAL

CARTA COMPROMISO HIPOTERAPIA

YO _____, RUN _____,
PADRE Y/O APODERADO DEL MENOR _____,
RUN _____, LO AUTORIZO PARA QUE PARTICIPA DE
LAS SESIONES DE HIPOTERAPIA QUE IMPARTE LA ILUSTRE
MUNICIPALIDAD DE LOS ANDES, EN LAS INSTALCIONES DEL
DESTACAMENTO DE MONTAÑA N°3 "YUNGAY", DESDE EL 01 DE JULIO DEL
2017 HASTA EL 15 DE DICIEMBRE DEL 2017.

DEL MISMO MODO EXIMO DE TODA RESPONSABILIDAD AL PERSONAL DEL
DESTACAMENTO DE MONTAÑA N°3 "YUNGAY", ANTE UN EVENTUAL
ACCIDENTE QUE SUFRA MI PUPILO AL INTERIOR DE LA UNIDAD MILITAR,
YA SEA ANTES, DURANTE Y DESPUÉS DE LAS SESIONES DE HIPOTERAPIA,
APTENIENDOME DE REALIZAR TODO TIPO DE DELIGENCIAS HACIA LA
INSTITUCIÓN Y PERSONAL DEL DESTACAMENTO QUE BRINDA APOYO A
LOS MENORES.

NOTARIO

PADRE Y/O APODERADO



5. FORMATO LISTADO ASISTENCIA EQUINOTERAPIA



I. MUNICIPALIDAD DE LOS ANDES
DIRECCION DE DESARROLLO COMUNITARIO

LISTADO.....(fecha).....

Nº	NOMBRE ALUMNO	FIRMA APODERADO
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		



6. FICHA CARACTERIZACION PERSONAL Y FAMILIAR.

FICHA

A) Antecedentes del Alumno.

1. **Nombre Alumno:** Vicente Henriquez Lorca
2. **Fecha de nacimiento:** 15 – Septiembre - 2014
3. **Edad:** 3 años 2 meses
4. **Género:** F M X
5. **Dirección:** Los Aromos #89, Villa Jardines Familiares, Los Andes Chile
6. **Diagnóstico:** Derrame Intracerebral, hidrocefalia severa.
7. **Edad del Diagnóstico:** 36 semanas de gestación
8. **Escolarización:** No
9. **¿Cuánto tiempo lleva realizando Equinoterapia?:** Desde los 6 meses.
10. **¿A qué otras terapias asiste?:** Kinesiólogo, Terapeuta Ocupacional, Fonoaudiólogo, todo por Teleton.

B) Antecedentes Familiares.

¿Con quién vive?

1. Mamá: X
2. Papá:
3. Hermanos(as):
4. Abuelos(as): X
5. Tíos (ias): X
6. Otro (especifique): X (bisabuelo materno)



12. Ocupación u Oficio apoderado: Socióloga

13. Edad: 31

14. Escolarización: Universitaria

15. Situación laboral: Desempleada

16. Quien o quienes aporta(n) económicamente en la familia:
Abuelo(pension), mamá del apoderado.

17. Número de Hermanos: 0

18. Lugar que ocupa entre ellos: -----



7. ENTREVISTA APODERADO

ENTREVISTA NUMERO 1

PREGUNTA PRINCIPAL

- 1. ¿Qué beneficios aporta el uso de la equinoterapia en niños, niñas, jóvenes y adultos con discapacidad o necesidades educativas especiales?**

El trabajo con el caballo siento que tiene muchos beneficios tanto para los niños que participan en la terapia, como para el caballo y para la familia, hay varios beneficios físicos de los que yo tenía algo de conocimiento, como lo relacionado con la postura y el tema de la flexibilidad y el equilibrio, además el relacionarse con animales y el cambiar de ambiente de trabajo, a los que ya están acostumbrados los niños, como con kinesiólogos, terapeutas ocupacionales, fonoaudiólogos o las mismas escuelas o jardines a los que asisten, aunque no todos las personas con discapacidad van al colegio, pero ese es otro tema.

Para mí era súper importante y creo que a los dos nos entusiasmaba arto el hecho de donde se realizaba la terapia, con esto me refiero a que esta era al aire libre, creo que eso mismo ya es un beneficio para el niño o la niña. Ya ahora conozco algunos otros beneficios que aporta la terapia, como los relacionados con el habla, el hecho de estar en contacto con el caballo y me imagino que por el relajo que genera la terapia, mi hijo a avanzado mucho en ese aspecto.

Otro beneficio que tiene es en la conducta, los chiquillos de aquí que son más hiperactivos, después de la terapia bajan sus revoluciones y así van avanzando cada vez más y los que son más agresivos, también bajan sus niveles, debe ser por el contacto con la animal, porque no solo lo montan también lo alimentan y cepillan, yo sé que la mayoría también asiste a otras terapias, pero personalmente he visto todos esos avances desde que estamos participando en la



terapia, algunos son más rápidos que otros, pero eso también depende del nivel de discapacidad de cada niño.

PREGUNTAS SECUNDARIAS

2. ¿Cuáles crees que son las expectativas que tiene la sociedad sobre una persona con discapacidad o necesidades educativas especiales?

No creo que la sociedad tenga muchas expectativas, con los niños con discapacidad, bueno ahora que los tiempos han cambiado un poco, veo que hay mayor aceptación y se ha ido abriendo otras oportunidades para algunos niños con discapacidad, pero igual no son muchas y son en cosas bien básicas, osea se les da oportunidades pero aún no se confía 100% en sus capacidades.

Por eso creo que la sociedad no tiene muchas expectativas con nuestros niños, lo bueno es que ya no son vistos como un estorbo, pero si aún no se les da la importancia que merecen, es un derecho para ellos y aun la sociedad y el gobierno están muy lejos de entregarles las cosas que necesitan para desarrollarse como las personas que son, muchos de ellos, solo tiene limitaciones físicas, algunos solo cognitivas, lo que significa que se demoran un poco más en hacer algunas cosas, pero eso no quiere decir que las vayan hacer mal, entonces como le dije si han cambiado un poco las cosas, pero falta mucho camino por recorrer.

Creo que la mayoría de la gente, piensa en que un niño con discapacidad depende de la condición puede llegar a tener un trabajo, pero creen que es la menor cantidad, que muchos de los que tienen alguna discapacidad cognitiva, solo van a lograr algunos cursos en la escuela, de preferencia especial y que podrían llegar a trabajar pero solo en los típicos trabajos como empaque o limpiando mesas en un mal, no más allá de eso.



3. ¿Qué expectativas tienes sobre tu hijo/a?

La verdad es que yo he aprendido a vivir más el día a día con mi hijo, el igual es pequeño, por lo tanto ahora tenemos metas más a corto plazo, como sacarle el pañal, o que diga más palabras, que se integre más y de mejor manera en su jardín. Esas son las expectativas que tengo por ahora, pero si lo pienso bien, también me da mucho miedo pensar en el futuro, ya que la inclusión no es un tema que funcione tan bien en este país, sobre todo en los colegios, entonces pensar en eso, me da miedo porque si mi hijo no es integrado y aceptado en ese medio, puede sufrir algún retroceso en su condición y no es algo que yo quiero para él.

Si podría tener expectativas para él en torno a su independencia, más que nada anhelo eso, poder verlo independiente y desenvuelto en esta sociedad, pero siendo aceptado, respetado y cuidado por su entorno.

4. ¿Cuál era tu opinión sobre la discapacidad o las necesidades educativas especiales antes de tener a tu hijo/a?, esta ha cambiado o variado.

Si claro que mi opinión ha cambiado, rotundamente, porque uno no sabe cómo son las cosas hasta que las vive en primera persona, es así de simple, yo sabía sobre la discapacidad, solo a través de los reportajes que se entregaban en teletón, los que me conmovían mucho y sentía mucha admiración por esos padres, abuelos, hermanos, buena familia en general, que con tanto esfuerzo sacaban adelante a niños, jóvenes y adultos con algunos niveles de discapacidad muy grande, siempre creí que a mí no me iba a pasar, porque yo no podría con algo así, pensaba que si me pasaba probablemente me rendiría apenas empezara a criar a mi hijo, yo no tenía una opinión muy formada respecto a las personas con discapacidad, muchos me daban mucha pena, por el nivel de sus discapacidades, pero otros también mucha ternura, además sentí mucho orgullo por ellos.

Pero ahora siento que mi opinión ha cambiado, no para mal porque si siento orgullo por los padres y familias de personas con discapacidad, porque a pesar de



ser un lindo camino, lleno de amor, también es un camino sumamente difícil, sobre todo si tu hijo además de su discapacidad esta tiene enfermedades asociadas, siento que ese camino sí que es súper doloroso y difícil. Pero lo que sí puedo decir es que cada logro es una fiesta, que celebramos todo y que realmente aprendimos a disfrutar de las cosas simples de la vida.

5. ¿Cuál era tu opinión sobre la equinoterapia antes de tener un/a hijo/a con discapacidad o necesidades educativas especiales?, Estas ha cambiado o variado.

No sabía que existía la equinoterapia antes de mi hijo, alguna vez vi una foto de alguno niño con discapacidad sobre un caballo, pero llegue a pensar que era solo una forma más de presentar los animales a los niños y que solo se utilizaba como un paseo y no como una terapia.

Mi opinión sobre a equinoterapia, ha variado en un 100% cuando supe que existía e investigue un poco sobre ella, para ver si era algo que mi hijo pudiera participar, me sorprendí con la información que encontré, mucha de ella no le tome ni importancia, porque pensé que solo era publicidad para que la gente participara, pero ahora que si estoy en este mundo, tengo total certeza de sus beneficios y como esto ha ayudado y cambiado la vida de mi hijo, como es de feliz cuando va a participar en su terapia, como el solo contacto con el caballo a echo que ame profundamente a todos los animales, creo que la equinoterapia ha sido un salvavidas para mi hijo.

6. ¿Cómo tuvo conocimiento de que existía la equinoterapia, y porqué se interesó por ella?

Supe de que se impartiría equinoterapia en Los Andes por una amiga, la equinoterapia ya llevaba un tiempo en Los Andes, pero como mi hijo aún no había nacido cuando comenzó nunca supe que esta funcionaba de forma gratuita en los andes, me intereso porque investigue un poco de que se trataba y vi que servía para distintas discapacidades y en todos tenia beneficios y ayudaba mucho en la



rehabilitación, además la mayoría de las terapias son súper costosas y está también lo es cuando se hace de forma particular, pero en el caso de aquí en Los Andes, es gratuita, entonces podía ir con mi hijo a una terapia gratuita y que además tenía artos beneficios para él, no podía dejarlo pasar, teníamos que intentarlo.

7. ¿Cómo era el niño antes de empezar con la terapia, y como se encuentra actualmente?

Antes de empezar tiene artos problemas físicos, ya que es hipotónico, entonces cuando entro recién estaba afirmando su cabeza y tronco, además los sonidos y estímulos externos le eran muy difíciles de asociar y colapsaba mucho frente a estímulos como pasto, arena y las distintas cosas que se usan para estimular, además era un poco retraído y no le gustaba que lo tocara nadie más que yo o sus familiares más de confianza.

Cuando comenzó igual fue un proceso lento y difícil, ya que por lo menos las primeras tres sesiones lloraba mucho y yo me tenía que esconder para que no me viera y estallara en llanto nuevamente, el contacto con el animal también lo hacía sentir temor, por lo hipersensible que es, el contacto con el pelo del animal lo hacía sentir muy incómodo, al igual que sonidos fuertes y el que los profesores lo tomaran en todo el tiempo que duraba la terapia.

Luego a las pocas semanas comenzó a sentirse más cómodo, paulatinamente sus músculos se fueron afirmando y comenzó a tener más fuerza en cuello y articulaciones en general, fue perdiendo el temor al caballo y agarrando confianza con los profesores, para ser tan pequeñito me entendía de alguna manera cuando yo le decía que iríamos a ver a los caballos, ya a lo largo de los meses era un momento de pura alegría, hasta le dio comida a los caballos, ahora confía en los animales y mucho más en la gente, la terapia no solo ha sido beneficiosa en lo físico, emocionalmente ha sido un salvavidas para mí como madre, se ha relajado, convivir con todos los estímulos que hay en el entorno se



ha logrado gracias a nuestros queridos caballitos y sin duda es un trabajo en conjunto con las otras terapias que Gabriel asiste, pero uno tiende a darle tanta relevancia y crédito a esta porque de verdad aquí a los niños los vez ser felices, si bien sabemos que las demás también son muy beneficiosas, muchas veces los niños llorando mucho en esas terapias o son muy rutinarias y los entornos donde se entregan también son los mismo siempre.

8. ¿Cómo se relacionaba el alumno con su entorno más cercano antes de la equinoterapia y cómo lo hace tras un tiempo de tratamiento?

Con su entorno familiar siempre se ha relacionado muy bien, es un niño alegre y simpático, los inconvenientes venían cuando salíamos de casa, por su hipersensibilidad a los sonidos y estímulos externos normalmente lloraba y se sentía incómodo, con el entorno y la gente, entonces no lograba entablar ningún tipo de relación con las personas. Como ya le mencione la equinoterapia nos salvó, a él y a nosotros, ha sido de tanta ayuda, ahora la gente puede conocer a mi carismático y alegre Gabriel, si bien su lenguaje es muy precario, se puede hacer entender y tener algún tipo de contacto, buena relación y cariño con su entorno, sobre todo con los animales, ya no le da miedo tocar ningún animalito.

9. ¿Cuáles son las mejoras concretas que ha provocado en el niño(a) la equinoterapia?

En torno al habla, para la mayoría de los niños con discapacidad ese es un punto bastante conflictivo, ya que a la gran mayoría se le dificulta eso, por el tipo de discapacidad también, así como los niños con síndrome de down, que tienen más problemas por el tamaño de su lengua, hay otros que se les complica la situación por hipotononia y por hipertrofia, en el caso de mi hijo el habla también ha sido un tema difícil, la ha ido desarrollando de a poco, pero le es más fácil comunicarse por otros medios que aun por el habla en su totalidad, las mejoras más grandes las he visto en temas como su movilidad, equilibrio y el fortalecimiento de sus músculos, acciones o movimientos que antes le eran muy difíciles cuando los comienza a trabajar con el caballo el avance siempre es más



rápido, como levantar los brazos o tirar una pelota, ahora se sienta solo en el caballo, eso es porque sus músculos ya tienen la suficiente fuerza y están preparados para el movimiento.

10. ¿Ha notado una mayor motivación para realizar el tratamiento?, ya que a diferencia con otras terapias, ésta incluye diferentes estímulos como estar al aire libre, escuchar distintos sonidos, los colores y demás

La terapia para él es todo un evento, el año pasado mandamos hacer una polera, sagradamente el usa esa polera para asistir a la terapia, tiene el conjunto de terapia.

No sabe concretamente que día es el de la terapia, pero en su pieza tiene fotos de caballos y hace el sonido de caballo, para preguntar cuándo vamos, varias veces en la semana pregunta por los caballos, para saber cuánto falta para su cita, le digo yo.

11. ¿Considera usted mejorado la calidad de vida de su hijo? ¿Y la de su entorno familiar?

Yo considero que sí, sin saber claramente que cosas contempla la calidad de vida, creo que Gabriel ha logrado poder comenzar a incluirse en la sociedad, tiene mayor independencia, dentro de lo que le permite su discapacidad también, logra entablar relaciones no solo con su familia, sino también con su entorno, ha logrado comunicarse mejor, no siempre de manera verbal, pero si logra darse a entender.

12. ¿Cómo es el acompañamiento familiar en esta técnica?, ¿De qué manera participan en equinoterapia?

Para nosotros es súper entretenido participar en equinoterapia, aunque no somos los que montamos el caballo ni mucho menos, a estas alturas solo somos expectantes, es muy entretenido acompañarlo, convivir con otras familias, saber



sus historias, ver a los niños reír, ser felices, olvidarse de las tantas limitaciones que algunos tienen, que para muchos el caballo les dé la sensación de tener piernas por unos minutos, es una satisfacción tremenda, acompañarlo y poder verlo montar relajado, sin estrés, es una terapia linda, amable, llena de cariños, alimenta el alma. Quisiéramos que no solo fuera una vez a la semana, nosotros también esperamos ese día con alegría, de hecho cuando podemos invitamos a otros familiares o amigos para acompañar a Gabriel, así todos participamos y lo apoyamos.



ENTREVISTA NUMERO 2

PREGUNTA PRINCIPAL

- 1. ¿Qué beneficios aporta el uso de la equinoterapia en niños, niñas, jóvenes y adultos con discapacidad o necesidades educativas especiales?**

Cuando partimos con Vicente, investigue el tema, estoy ligada también a un centro de personas con discapacidad entonces es un tema importante para nosotros.

Sé que los beneficios no solamente involucran solo al paciente, sino que también a las personas, como sus acompañantes, cuidadores o familiares, es una terapia global, en el sentido de que si bien el caballo por sus movimientos, estructura tiene beneficios a nivel psicomotor, en el caso de Vicente es directamente ese beneficio, por su diagnóstico, también genera una participación distinta de los papas o cuidadores en la terapia, más activa, porque depende tú tienes la posibilidad de montar con tu hijo el caballo, es diferente a los ejercicios que hace el kinesiólogo, también es una experiencia bonita en sí, el contacto con el animal, le encanta, eso de alguna forma también influye positivamente en la familia, los beneficios van más allá del caballo y paciente, sino que también involucra al entorno.

PREGUNTAS SECUNDARIAS

- 2. ¿Cuáles crees que son las expectativas que tiene la sociedad sobre una persona con discapacidad o necesidades educativas especiales?**

Yo creo que de partida, las personas deben entender lo que es la discapacidad y creo que en general, tanto las instituciones públicas, privadas, la sociedad civil, estamos recién en una etapa de conocimiento y difusión de lo que actualmente se entiende como una persona con discapacidad, que es discapacidad en sí.



¿qué expectativas?, yo creo que hay muy buena voluntad, hay muchas ganas de poder hacer cosas respecto a la discapacidad, me ha tocado vivirlo directamente, con autoridades, con el alcalde, yo soy parte del consejo asesor de la discapacidad en los andes entonces veo entusiasmo, pero siento que todavía estamos en una etapa, de poder interiorizar y entender la discapacidad, que se traduce en el lenguaje, por ejemplo aún hay personas que utilizan el lenguaje de discapacitado, en vez de personas en situación de discapacidad. Yo creo que las expectativas son positivas, creo que todo el mundo, al hablar del tema de la discapacidad, independiente que los vivan en primera, segunda o tercera persona, tiene la idea de la inclusión, pero aún estamos en una etapa súper reciente de difusión, de entender lo que es realmente la discapacidad, de los nuevos conceptos, los actuales.

3. ¿Qué expectativas tienes sobre tu hijo/a?

Mis expectativas sobre Vicente es que sea una persona feliz, esa es mi única expectativa, si él logra caminar o no logra caminar bien, si él logra desarrollar un lenguaje adecuado mejor, sino lenguas de señas veremos que, obviamente uno quiere que su hijo sea lo más independiente posible, por él. Para que él pueda ojala caminar, que pueda ir al baño solo, en algún momento que coma solo, pero tiene que ver más con su independencia, pero en tanto a él lo haga feliz, si él no logra hacer esas cosas, no importa. Mientras yo vea que él se logra conectar con el entorno, que pueda jugar, que disfruta, que entiende las cosas, porque él las entiende otras cosas es que no pueda hablarlas, pero, no mi única expectativa es que él sea feliz.

4. ¿Cuál era tu opinión sobre la discapacidad o las necesidades educativas especiales antes de tener a tu hijo/a?, esta ha cambiado o variado.

Bueno el tema de la discapacidad, antes de Vicente, era súper ligero, desconocido, a lo más lo que uno ve en la universidad en algún ramo, tenía alguna



familiar con alguna patología bien limitante, pero el hecho de convivir con una persona con discapacidad desde una edad tan temprana, nunca lo había vivido.

Más que haya cambiado mi opinión, para mí se abrió un mundo nuevo que se llama discapacidad, porque para mí antes no existía, no por mala onda ni nada, pero creo que la discapacidad es una experiencia muy difícil de empatizar a menos que la vivas, porque es algo muy chocante, muy fuerte, muy difícil. Sino porque es difícil ponerse en el lugar de una persona con discapacidad y su familia, entonces claramente ahora tengo un conocimiento más amplio, porque además ahora también trabajo como relacionadora publica en un centro de personas con discapacidad entonces, estoy en constante contacto con la discapacidad, pero en lo práctico, para eso si tuve que interiorizarme mucho, en la parte teórica, conceptos, de entender que es realmente la discapacidad.

Cuando llega Vicente a mi vida, se abre ahí recién un mundo nuevo, recién ahí llego a ser un tema, antes era solo un concepto.

5. ¿Cuál era tu opinión sobre la equinoterapia antes de tener un/a hijo/a con discapacidad o necesidades educativas especiales?, Estas ha cambiado o variado.

Sinceramente yo no sabía que existía la equinoterapia antes de mi hijo, como tampoco tenía alguien cercano, familiar o amigo, que conviviera con la discapacidad, veía todo esto desde la vereda del frente. Creo que si lo hubiera sabido en el momento, solo me hubiera dado alegría saber que las personas con discapacidad tuvieran una nueva instancia donde poder rehabilitarse, pero probablemente sin siquiera sospechar que esta tenía tantos beneficios en distintas áreas.

Claramente ahora mi opinión ha variado rotundamente, creo que la equinoterapia es una terapia maravillosa, no solo por sus beneficios, sino por el entorno donde se da, creo que eso hace en gran medida tan placentera, entretenida y que todos nos sintamos tan felices y motivados con ella



6. ¿Cómo tuvo conocimiento de que existía la equinoterapia, y porqué se interesó por ella?

Cuando el Vicente comenzó con las terapias más “comunes” por así decirlo, que esto fue como a los 4 meses, que ya realmente estábamos preparados, porque en un principio igual hay todo un desconocimiento, el diagnóstico, asegurarse que no paso una u otra cosas con su salud, de que ya no murió, porque eso era lo que se esperaba, entonces uno pasa por diferentes etapas, entonces cuando Vicente estaba inserto en sus terapias y yo también asumiendo de que estas terapias lo van acompañar gran parte, sino toda su vida, comencé a buscar otras terapias, en que más podía ayudarlo.

Recuerdo, que todo fue muy azaroso, porque comencé a navegar por internet y comencé a buscar sobre la equinoterapia Los Andes, pensando o buscando si en verdad existía acá cerca o solo era en Santiago. Encuentro una noticia de Los Andes Online, pero yo me fije que esa noticia era de hace dos años atrás, y yo mande un mensaje a Los Andes Online, buscando mayor información de la que ellos entregaban, bueno ellos me responden que la noticia era muy antigua y que ellos actualmente no tenían información sobre eso.

Después le comente a un familiar sobre el tema, y ella a través de otro conocido empezaron a formar redes para poder ayudarme un poco en lo que buscaba, hasta que llegamos a la encargada de la equinoterapia, así me ayudaron un poco abriendo un cupo extraordinario para Vicente porque la terapia ya llevaba varios meses, para cuando yo me entere que en Los Andes si la impartían. Bueno así fue como lo descubrí y ahí me entere que llevaban varios años y que ya tenía toda una trayectoria la terapia.

7. ¿Cómo era el niño antes de empezar con la terapia, y como se encuentra actualmente?



El Vicente cuando recién partimos, tenía mucho susto, lloraba casi todo el rato que se encontraba sobre el caballo, y él no tenía control completo de cuello y tronco, tenía 6 meses recién cuando comenzó, entonces había que llevarlo muy bien sujeto, si bien las terapias son un conjunto en la rehabilitación de una persona con discapacidad, pero claramente Vicente partió con mucha debilidad muscular, mucha hipotonía y además mucho rechazo incluso a los caballos, cosa que a lo largo de los meses dio un vuelco rotundo, le encanta su terapia, de echo tiene una tía con la que se dio muy bien, disfruta mucho más.

En cuanto a sus logros o avances físicos, bueno ha sido tremendo, tal vez en comparación a otros niños no es tanto, pero uno que sabe que cada logro aunque sea mínimo es un avance significativo, logro sostener bien su cabeza, tiene control de su tronco, se sienta solo, aun no monta solo pero por una cosa de seguridad.

Yo lo veo mucho más sociable, con su entorno, con los animales, ahora logramos que toque al caballo, ahora está mucho más conectado con la terapia.

8. ¿Cómo se relacionaba el alumno con su entorno más cercano antes de la equinoterapia y cómo lo hace tras un tiempo de tratamiento?

Yo diría que el Vicente se encontraba un poco desconectado con su entorno, no se relacionaba mucho o no respondía como lo hace en la actualidad a los estímulos, por ejemplo palabras, cariños, antes hasta el año, un poco más, él jugaba, hacíamos sus ejercicios.

Ingresando a terapia, progresivamente, él ha demostrado mucho mayor conexión, con el entorno, con las personas, nombra todos los miembros de la familia, las mascotas.

Él está mucho más conectado lo he podido corroborar, el entiende lo que le hablas, antes solo a veces te miraba, pero con una mirada más perdida, hoy se y



siento que me escucha y se conecta, por su daño neurológico, no se daba cuenta mucho de lo que pasaba a su alrededor.

9. ¿Cuáles son las mejoras concretas que ha provocado en el niño(a) la equinoterapia?

Sí, yo creo que hay algo concreto en lo que ayudo, la firmeza que ha logrado, que se pueda sentar solito, que ahora potee, el no gatea él se mueve poteando, sentado, yo creo la equinoterapia ha sido fundamental en eso.

El contacto con los animales ha mejorado también, pero eso ha sido más ahora, que Vicente esta mas despierto más conectado, era más que nada solo subir y bajar del caballo y fin de la terapia, pero ahora logro hacerle cariño, el rechazaba eso al principio, pero ahora le encanta,

La firmeza del tronco fue uno de sus más grandes avances, porque eso es esencial también para poder pensar también que Vicente podrá caminar más adelante, ya que si él no lograba tener mayor firmeza arriba, difícilmente podría llegar a caminar.

También otra cosa que es muy diferente a otras terapias que el asiste, es el contacto con la naturaleza, por ejemplo, ahora que mejoro el tiempo podemos llevarlo descalzo, y él puede tocar el pasto o el pelaje del caballo, cosas que antes no lográbamos, ya que Vicente tiene una hipersensibilidad auditiva, gustativa y en cierta medida sensorial, ya que la parte izquierda de su cuerpo es más hipersensible que la parte derecha de su cuerpo. Entonces todo ese estímulo que recibió en la terapia ha logrado que él ahora se logre desenvolver de mejor manera en la naturaleza, que ya pueda jugar con pasto, con la tierra, buscar bichitos, cosas que parecen tan comunes pero que en algún momento para el fueron impensadas.



10. ¿Ha notado una mayor motivación para realizar el tratamiento?, ya que a diferencia con otras terapias, ésta incluye diferentes estímulos como estar al aire libre, escuchar distintos sonidos, los colores y demás

Si, de todas maneras, al principio para Vicente la terapia era casi traumática para él, no entendía nada de lo que pasaba, lloraba y todo el tema.

Ahora veo y vemos en general en la familia que lo disfrute, y ahora él sabe cuándo le toca su terapia, todos le hablamos de la terapia que los caballos, su casco, etc.

Se muestra mucho más motivado a lo largo del tiempo, porque como te dije antes, es una terapia muy amigable, porque hay otras como por ejemplo cuando va al kinesiólogo, donde lloran, terapias que son súper dolorosas para uno como mamá, además tú te encuentras como de “publico”, mirando, donde no puedes tener mayor participación.

Yo noto que si bien yo sé que Vicente asiste a equinoterapia porque se está rehabilitando, en esta terapia eso pasa más desapercibido, porque aquí prima más lo feliz que es con la terapia, verlo reír, disfrutar, conectarse con su entorno, verlo hablar un poco más, eso sobresale más que la terapia en sí.

11. ¿Considera usted mejorado la calidad de vida de su hijo? ¿Y la de su entorno familiar?

Si, de todas maneras, por varias razones, no solo por los beneficios que entrega el movimiento del caballo, toda la estimulación donde los chicos mueven los músculos y eso simula a que estuvieran caminando, esos beneficios que son más directos. Sino que también, es una terapia que involucra a todos los miembros de la familia, ver al Vicente es un panorama familiar, la familia se organiza para acompañarlo, entonces a parte de los beneficios directos en torno a su desarrollo psicomotor de Vicente, incluso de su socialización, esto también moviliza a la familia desde un principio.



Otra cosas que influye en la calidad de vida de Vicente, es que esta terapia, es súper amigable con la discapacidad de mi hijo, en qué sentido, en que llevarlo a equinoterapia, si bien me recuerda que él es un niño con discapacidad, pero, no es una terapia desagradable, es un terapia bonita, donde está en contacto con animales, donde él se puede reír, lo puedes mirar, puedes interactuar, entonces te hacen presente, que ciertamente tienes un hijo con discapacidad, pero que puede tener una instancia nueva, un mundo súper bonito, eso influye mucho en la calidad de vida, porque tienes dos opciones o te deprimas por lo que le paso a tu hijo, o sigues adelante, sin duda que con momentos que no son tan buenos, pero siempre avanzando con él, creo que esta terapia tiene eso, el mostrarte la parte amigable de todo este proceso de rehabilitación de los niños con discapacidad.

12. ¿Cómo es el acompañamiento familiar en esta técnica?, ¿De qué manera participan en equinoterapia?

Para mi familia la terapia es un panorama, todos nos organizamos para poder acompañar a Vicente, esperamos con el su turno, y cuando a él le toca participar, le hacemos barra, lo saludamos, Vicente ya dejo el miedo que tenía en una principio, entonces ahora ya se da cuenta de lo que pasa a su alrededor, entonces ahora ríe, si lo llamamos ahora nos mira, entonces, es una participación súper activa por parte de su núcleo familiar.



ENTREVISTA NUMERO 3

PREGUNTA PRINCIPAL

- 1. ¿Qué beneficios aporta el uso de la equinoterapia en niños, niñas, jóvenes y adultos con discapacidad o necesidades educativas especiales?**

Por lo que he visto, con los niños en general, el interactuar con el caballo, con las demás personas, con niños de su misma condición, cosa que muchas veces es difícil, tener el contacto con niños de su misma condición u otra discapacidad, es un momento donde se pueden reunir.

Veo otros niños que no caminan y me da la sensación, que al ser sentado en un caballo, me da la sensación que por un momento ellos creen que son ellos los que caminan, me da una sensación de libertad, los observo y se nota su alegría, son efusivos, algunos aplauden gritan, veo que los hace feliz, se sienten libres porque a lo mejor siempre sentados en una silla, no sienten esa libertad, entonces en el momento que están sobre el caballo y que ese movimiento que hace el caballo, creo que siente independencia.

PREGUNTAS SECUNDARIAS

- 2. ¿Cuáles crees que son las expectativas que tiene la sociedad sobre una persona con discapacidad o necesidades educativas especiales?**

Por lo que he conversado con las personas que conozco, siempre se tilda a los niños con discapacidad de pobrecitos, siempre victimizando, yo creo que son tan capaces como otros niños de salir a delante, ellos solo necesitan ayuda, como esto, la terapia con los caballos, la estimulación. Eso necesitan para salir adelante, si bien ellos tienen una discapacidad ellos se pueden perfeccionar en otras cosas, ellos tienen habilidades en otros sentidos.

Emilio le cuesta lo social, pero el aprende súper rápido, entonces el tiene que ser potenciada su habilidad, más que preocuparnos tanto por lo que les falta,



eso también hay que potenciarlo obviamente, pero también destacar mucho, las habilidades de ellos.

Me han dicho también que mi hijo va a ser una carga para la familia siempre, yo creo que no, son capaces de salir adelante. Siempre van a tener su limitación, pero yo creo que con ayuda de las terapias todas esas cosas se pueden superar.

3. ¿Qué expectativas tienes sobre tu hijo/a?

Yo quiero que Emilio sea un profesional, yo lo voy a motivar, lo voy a incentivar y voy a estar siempre con él, para que él logre ser un profesional y él vea que es capaz, siempre incentivarlo y fortalecerlo, en que él es capaz de lograr lo que se proponga.

Todo se basa en el apoyo, yo pienso que eso es lo que necesitan todos los niños, apoyo y creerse el cuento, si uno les dice que puede, que es capaz, a medida que crezcan, ellos van a sentir que de verdad son capaces.

Ellos pueden salir adelante, tiene las herramientas, las cosas no son como antes.

4. ¿Cuál era tu opinión sobre la discapacidad o las necesidades educativas especiales antes de tener a tu hijo/a?, esta ha cambiado o variado.

Nosotros antes lo veíamos desde la vereda del afrente, ósea lo mismo que le decía, lo mismo que yo siento ahora, los empobrecía, hay pobrecito que chiquitito.

Yo, no conocía a nadie con discapacidad, pero yo tengo un hijo mayor, él y Emilio son igual, a mí cuando mi hijo mayor era más pequeños me dijeron que mi hijo probablemente era un niño índigo, en ese tiempo, ahora él tiene 18 años, entonces cuando a mí me dijeron eso, yo toma a mi hijo, y dije, no mi hijo no es anormal, lo tome, lo cambie de colegio, deje atrás todo eso y me lo lleve. Pero me paso que en el colegio que fue mi hijo mayor, se perdió entre todos, porque yo no



escuche en ese momento los “indicios” que me dieron de que pasaba algo con mi hijo.

Entonces ahora cuando me dijeron que Emilio era asperger, yo de inmediato me metí a internet a investigar, sus características, como yo lo podía ayudar, a que especialistas tenía que llevarlo para que me ratificaran su diagnóstico, cosa que 13 años atrás, no hice.

Veo ahora en el tiempo y todo lo que me han ido explicando de la condición de mi hijo, y cuando yo veo a mi hijo más grande, me hace mucho sentido con las características que tiene Emilio, entonces yo pienso que mi hijo tiene la misma condición de Emilio y yo nunca me di cuenta.

Puedo ver que en el tiempo las cosas han cambiado, ahora hay mucha información, antes no había tanta.

Yo ahora pienso que la discapacidad existe, es un mundo, que solo requiere trabajo, como lo hacemos con Emilio, no puede ser de otra forma.

5. ¿Cuál era tu opinión sobre la equinoterapia antes de tener un/a hijo/a con discapacidad o necesidades educativas especiales?, Estas ha cambiado o variado.

Yo nunca antes había escuchado sobre la equinoterapia, no tenía idea, no era tema para mí, yo creo que cuando a uno como papá te toca vivir esto, recién se nos abren las puerta de la discapacidad, antes es súper fácil ver desde la vereda del frente.

6. ¿Cómo tuvo conocimiento de que existía la equinoterapia, y porqué se interesó por ella?

Cuando comenzamos a llevar a Emilio al neurólogo, él nos diagnosticó, porque yo hasta el día que llegó el diagnóstico, era muy escéptica respecto al tema, yo solo pensaba que era muy inteligente, nada más.

Conversando con el doctor, respecto a lo que teníamos que hacer, entonces ahí él nos recomendó distintas terapias, como terapia ocupacional, fonoaudiólogo, buscar un colegio con proyecto de integración y además de todo



eso él nos recomendó que asistiéramos a equinoterapia, que se impartía en los andes, en el regimiento, esa fue la primera vez que yo escuche sobre la equinoterapia.

No conocía la equinoterapia, pero como me la recomendó el doctor, pensé que era algo que podría ayudar a mi hijo, me dijo que era importante que asistiera, que sería algo que lo ayudaría en los sensorial, que hasta ese día yo no tenía idea lo que era lo sensorial, yo sentí que me hablaba en otro idioma. Solo lo llevamos, sin saber a lo íbamos, solo sabíamos que era con caballos. Yo pensaba que iríamos y a mi hijo lo subirían a un caballo, daría un par de vueltas, y no fue así, tenía estimulación, iban adecuando los ejercicios para cada niño, no era lo que yo pensaba y eso me sorprendió y me puso muy feliz también.

7. ¿Cómo era el niño antes de empezar con la terapia, y como se encuentra actualmente?

Emilio antes vivía solo en su pieza, en su metro cuadrado, él fue diagnosticado a los 3 años, entonces hasta los tres años él vivía en su pieza, a veces cuando venía alguien a la casa, pensaban que él no existía, entonces cuando nosotros comenzamos con la terapia con él, coincidentemente, el comenzó a sociabilizar más, lo mismo tener más contacto con otros niños, el hasta ese momento, tenía su metro cuadrado no compartía con nadie más, prefería estar solo.

Emilio, no aceptaba el contacto con los demás, incluso en una ocasión, vinieron visitas a la casa, y de un momento a otro Emilio desapareció, lo encontramos tras la puerta de su pieza, con su Tablet, pero de los nervios y la angustia que le produjo la situación, mordió su Tablet y la rompió de tan fuerte que la mordió.

Todo ese tipo de situaciones, coincidentemente desde que comenzó con la equinoterapia, fueron disminuyendo rápidamente, ahora comparte con otras personas, el comenzó a vivir otro mundo.

Otra cosa, antes Emilio rechazaba a los animales, las primeras veces que fue a la terapia fueron difíciles, porque el rechazaba al caballo, no quería



acercarse. La primera terapia que tuvimos, el profesor dijo, que había se subir al caballo, me tuvieron que subir a mí también al caballo, para poder ayudarlo en la confianza para poder subirlo en otras ocasiones, y cuando yo subí con él por primera vez, sentí la tensión que tenía Emilio ese día, ahora yo lo veo, siento que es algo tan natural para él, es como ponerse los zapatos, es parte de su vida ya, sube con tanta tranquilidad, la confianza que siente, él es un niño muy temeroso, pero con el caballo, es como que el fuera otra persona, él se suelta hasta se ha parado arriba del caballo, es una confianza tan grande que le tiene al animal.

Yo lo noto tan relajado ahora después de le terapia, el animal yo ayuda tanto en eso, es una bonita experiencia.

Emilio abraza al caballo, eso le nace a él muchas veces, no necesariamente le dan la instrucción, entonces la relación que tienen es tan linda, el caballo es importante para ellos.

8. ¿Cómo se relacionaba el alumno con su entorno más cercano antes de la equinoterapia y cómo lo hace tras un tiempo de tratamiento?

Sinceramente, hasta los 3 años más o menos que fue su diagnóstico, Emilio tenía casi nula relación con su entorno, muchas veces la gente pensaba que yo no tenía de verdad un hijo menor, él no se sentía, siempre rehuía del contacto social, trataba de esconderse, jugar solo, salía poco, los lugares públicos le molestaban.

Cuando empezó a ir a equinoterapia, fue difícil, sobre todos por la gran cantidad de gente con la que se encontraba, todos lo estímulos, demás niños con otras condiciones, el principio Emilio no quería asistir a las terapias, el cariño y motivación que demuestra Emilio ahora, en gran parte es de los profesores, pero yo creo que el mayor mérito es del caballo, ellos se ganan la confianza de los niños, sin tener siquiera la necesidad de hablar.

Emilio ahora comparte mucho más, es mucho más sociable, logra jugar y compartir con otros niños, ha logrado también dimensionar solo hasta qué punto se siente cómodo, y cuando el comienza a sentirse incomodo, solo se aleja, hace un tiempo atrás eso hubiera sido una descompensación.



9. ¿Cuáles son las mejoras concretas que ha provocado en el niño(a) la equinoterapia?

Él por ejemplo, antes no caminaba mucho, tramos muy cortos caminaba, al llevarlo a las terapias, era tanto el nivel de relajación que le generaba, que la primera vez que fue a la terapia, bajo caminando muchas cuadras, una distancia tan larga, cosa que nunca antes había sucedido. Esa fue la primera vez que yo me di cuenta, como podía ayudar el caballo en su vida. Esa fue la primera vez que pensé que esto servía.

Su confianza la han trabajado mucho, pararlo sobre el caballo, extender los brazos, hacer piruetas, ejercicios, cosas sobre el caballo, que ellos tengan la confianza de hacerlo, es genial.

Sociabilizar es otra área que se ha trabajado de forma concreta, Emilio no compartía casi con nadie. Desde que comenzamos la equinoterapia, Emilio comenzó a compartir con más personas, el mismo contacto que tiene el día de la terapia con otros niños con discapacidad lo ha ayudado, ver otras realidades.

Emilio no tiene una discapacidad física, pero él aprendió a ver que hay niños que no pueden caminar, pero él sí puede caminar, pero ese niño que no puede caminar si tiene una gran capacidad de sociabilizar con más personas, cosa que Emilio en ese momento no podía hacer, entonces pudimos ver distintas realidades, eso lo ayudó mucho a expandir su mente, la tolerancia, su mundo en general.

La sociabilización con los animales, ha sido otro aspecto que ha ayudado a la equinoterapia, Emilio antes no tenía ningún contacto con los animales, los rechazaba, le generaban mucho temor, ahora es capaz de acariciarlos, jugar más con ellos, ese cambio fue muy importante y se dio gracias a la equinoterapia. Él logró integrar a los animales a su vida.



10. ¿Ha notado una mayor motivación para realizar el tratamiento?, ya que a diferencia con otras terapias, ésta incluye diferentes estímulos como estar al aire libre, escuchar distintos sonidos, los colores y demás

Si, y tiene mucho que ver el entorno, que sea al aire libre, diferente a lo que él está acostumbrado, que puede ser mejor que esos estímulos.

Él toma terapia ocupacional, ahí está en una sala, aprendiendo cosas más rutinarias, como atar sus zapatos, en cambio aquí todo es más espontaneo, porque si bien, como toda terapia tiene algo ya trazado que se tiene que seguir, no se sabe que va a querer el animal, y ese tipo de cosas para Emilio es súper difícil de sobrellevar, el cambio de una rutina que ya tiene trazada en su cabeza, pero con el animal ha aprendido un poco sobre la tolerancia, el no frustrarse tan rápidamente, porque a veces el caballo no quiere caminar más y ahí se queda de pie a veces son unos segundos pero otras veces es harto rato y aun así, aunque Emilio sabe que el caballo puede cambiar toda la rutina que Emilio tenía diseñada, el sigue motivado para ir.

Él se muestra súper motivado, sabe que días hay terapia, tiene todo eso súper claro, sabe que tenemos que ir, todos los viernes se siente ansioso, motivado, él cuenta los días, la terapia lo hace feliz, ¿qué más puedo pedir?.

11. ¿Considera usted mejorado la calidad de vida de su hijo? ¿Y la de su entorno familiar?

Yo creo que sí, yo veo en él cambios, el sociabilizar, el compartir con otros niños, el compartir en general, a lo mejor puede sonar muy pequeño, pero ese único cambio genero una mejor calidad de vida en general en mi familia.

Antes yo no podía ir ni siquiera a casa de familiar, primero porque uno no quiere la crítica y no todos entienden la situación, o no la creen, o la minimizan, muchos creían que Emilio solo era mal criado, que él no tenía asperger. Me paso varias veces, Emilio es más sensible a ciertas cosas, como sonidos por ejemplo, los globos son un tema delicado con Emilio a él lo descompensan, y claro eso nos



pasaba muchas veces con familiares y ahí lo tildaban de malcriado, porque para él era difícil esa situación y no tenía las herramientas tampoco para controlarlo.

Desde que el diagnóstico de Emilio fue dado por el neurólogo, la familia también se fue adecuando a esto, eso ha cambiado arto y también ha sido fundamental para mejorar la calidad de vida de Emilio y de la familia en general, por ejemplo ahora en los cumpleaños familiares ya no se utilizan globos, eso ha mejorado la calidad de vida de Emilio y de la familia en general, antes también intentaban forzar a Emilio a participar, a jugar con los otros niños, ahora entienden que Emilio tiene sus tiempos, su modo de hacer las cosas y eso lo respetan, así Emilio también ha podido integrarse poco a poco, a medida que se va sintiendo cómodo y seguro.

12. ¿Cómo es el acompañamiento familiar en esta técnica?, ¿De qué manera participan en equinoterapia?

Yo siempre lo acompaño a sus terapias, cuando mi marido puede también se suma, y si se dé la posibilidad de acompañarlo dentro de la terapia, también somos felices de hacerlo, pero como él ahora tiene total confianza al caballo y todo el entorno que conlleva la terapia, estamos presentes más como espectadores.

Sus hermanos también son participes, preguntan, intentan saber un poco más de lo que siente, también cuando pueden lo acompañan, el aún no sabe expresar bien lo que siente respecto a lo que vive, pero cuando sus hermanos le preguntan, se le ve más entusiasmado que con otros temas.



ENTREVISTA NUMERO 4

PREGUNTA PRINCIPAL

- 1. ¿Qué beneficios aporta el uso de la equinoterapia en niños, niñas, jóvenes y adultos con discapacidad o necesidades educativas especiales?**

En términos generales aporta beneficios físicos como la mejora de la postura, mejora de equilibrio y coordinación, fortaleciendo musculatura. De manera conjunta porta beneficios psicológicos, mejorando el autoestima a través de la confianza en sus propias capacidades, el respeto por animales, la concentración y atención, mejora la comunicación y el habla, mejora la conducta y con este tratamiento pueden ser beneficiados personas de todas las edades en distintas etapas de su ciclo vital.

PREGUNTAS SECUNDARIAS

- 2. ¿Cuáles crees que son las expectativas que tiene la sociedad sobre una persona con discapacidad o necesidades educativas especiales?**

La sociedad chilena tiene muy bajas expectativas hacia las personas en situación de discapacidad, es difícil sacar adelante a tu hijo cuando la gente cree que no son capaces de hacer nada de manera autónoma, no hay el suficiente apoyo para que se puedan desarrollar y desenvolver plenamente en la sociedad actual, de a poco siento que se han ido intentado crear los espacios para aceptar a las personas con discapacidad y hacerles participe de ella, si bien en la actualidad hay más escuelas especiales de las que habían hace un par de años, y se ha intentado promover más la integración en los colegios tradicionales, sin embargo es una larga lucha la que queda.



3. ¿Qué expectativas tienes sobre tu hijo/a?

Tratamos de no generarnos muchas expectativas, porque cada vez que las tenemos, con algo externo o imprevisto se derrumban fácilmente, por lo que preferimos ver las cosas de otra manera, ser más positivos sobre los logros de nuestro hijo y la mayoría de las veces nos sorprendemos de lo que es capaz de hacer.

4. ¿Cuál era tu opinión sobre la discapacidad o las necesidades educativas especiales antes de tener a tu hijo/a?, esta ha cambiado o variado.

Mi opinión siempre ha sido que las personas en situación de discapacidad necesitan inclusión en la sociedad. Claramente mis conocimientos e interés en el tema ha aumentado enormemente, como también las ganas de que la sociedad en general tome mayor conciencia sobre estos temas y se haga realidad la inclusión ya que considero que todos somos iguales, sin importar que tengamos o no algún tipo de discapacidad.

5. ¿Cuál era tu opinión sobre la equinoterapia antes de tener un/a hijo/a con discapacidad o necesidades educativas especiales?, Estas ha cambiado o variado.

La equinoterapia para mí, era una terapia alternativa o complementaria a un tratamiento principal, la verdad tenía muy pocos conocimientos sobre esta disciplina, pero al estar más en contacto y participar activamente en este proceso, encuentro que es una terapia que ayuda en muchos sentidos a nuestro hijo, es evidente el cambio que podemos ver en él, su conexión con el medio, con los animales y con todos los involucrados en esta práctica nos hace pensar que es una gran herramienta en su desarrollo.



6. ¿Cómo tuvo conocimiento de que existía la equinoterapia, y porqué se interesó por ella?

Había escuchado sobre la equinoterapia hace unos años atrás y una conocida me hablo de este lugar. Me interese ya que al ser algo distinto pensé que podría ser beneficioso para nuestro hijo y siempre es bueno probar cosas buenas y que salgan de la rutina.

7. ¿Cómo era el niño antes de empezar con la terapia, y como se encuentra actualmente?

Mi hijo, no fijaba la mirada, no hacia mayor contacto visual, tenía una pésima postura, no interactuaba con su entorno, tenía poca tolerancia a estar sentado, no decía muchas palabras, desde que empezó con la terapia el empezó a mirar más al caballo, de a poco fue mejorando su interacción con el caballo y con las personas, su comportamiento ha cambiado sutilmente, hay cosas que le han enseñado en las sesiones de equinoterapia que hemos podido implementar en casa, lo que nos ha ayudado mucho.

8. ¿Cómo se relacionaba el alumno con su entorno más cercano antes de la equinoterapia y cómo lo hace tras un tiempo de tratamiento?

Mi hijo se relacionaba poco con el entorno, en general casi nada, a medida que avanzó el tratamiento ha establecido un contacto mucho más cercano, no solo con la sesión de equinoterapia, sino que también en general, si bien no es un gran cambio, pero si hay pequeños avances que para nosotros como familia son muy importantes.

9. ¿Cuáles son las mejoras concretas que ha provocado en el niño(a) la equinoterapia?

Con respecto a la movilidad: En general ha mejorado, él siempre ha tenido problemas con el planeamiento de sus movimientos, a medida que ha avanzado el tratamiento ha mejorado su forma de subirse al caballo y jugar con los distintos juegos que se le presentan en las diferentes sesiones.



Estabilidad del cuerpo: El movimiento del caballo le ha ayudado a mejorar su postura, si bien le ha costado, pero se ve un avance en esto.

Con respecto al habla: Ha aumentado su vocabulario, han habido palabras que solo ha dicho en las sesiones de equinoterapia.

Comunicación en General: Ha mejorado considerablemente, ya que fija más la mirada, se ve claramente que ahora se conecta más con el entorno, intenta comunicarse más a menudo, quizá no con las palabras adecuadas pero si lo intenta mucho más que antes.

10. ¿Ha notado una mayor motivación para realizar el tratamiento?, ya que a diferencia con otras terapias, ésta incluye diferentes estímulos como estar al aire libre, escuchar distintos sonidos, los colores y demás

Hemos notado una gran motivación con respecto a este tratamiento, grabamos videos de nuestro hijo en el caballo y durante la semana se lo mostramos para generar mayor motivación, y cuándo él se ve en los videos demuestra mucha emoción y felicidad. Se puede apreciar dentro de las sesiones como disfruta de la interacción con el caballo, el estar en un entorno completamente distinto al que él está acostumbrado, a romper la rutina una vez por semana, y a sentir distintas experiencias, es increíble las distintas sensaciones que puede experimentar en esta terapia y como esto puede cambiar su estado de ánimo y mejorar distintos ámbitos de su vida.

11. ¿Considera usted mejorado la calidad de vida de su hijo? ¿Y la de su entorno familiar?

Claramente ha mejorado, ha tomado tiempo en que esto se refleje en el día a día, pero creemos que ha ayudado mucho la terapia, ya que hemos ocupado varias técnicas que realizamos en las diferentes sesiones en nuestro hogar, claramente con modificaciones. Nuestro entorno familiar es más agradable ya que



vemos esos pequeños avances y también disfrutamos de presenciar las terapias ya que vemos como nuestro hijo está feliz e interactúa con todos.

12. ¿Cómo es el acompañamiento familiar en esta técnica?, ¿De qué manera participan en equinoterapia?

Nosotros como familia intentamos estar lo más presente posible, ayudando cuando se necesita y también dándole su espacio para que disfrute de manera más completa de la sesión. Hemos grabado algunas de las sesiones para poder contar con material para motivarlo a ir cada semana y generar un recuerdo y una anticipación, para él sepa y no encuentre angustiante el momento previo a ir a terapia, cabe señalar que esto nos ha dado muy buenos resultados.



ENTREVISTA NUMERO 5

PREGUNTA PRINCIPAL

- 1. ¿Qué beneficios aporta el uso de la equinoterapia en niños, niñas, jóvenes y adultos con discapacidad o necesidades educativas especiales?**

Principal y globalmente hay un aporte enorme dentro de la salud física y psicológica en un ser humano con alguna necesidad, pero enfocado a lo específico y dependiendo de aquella necesidad personal es lo que la equinoterapia va a influir en su vida. Dicho esto puedo acotar que dentro de lo que el equino nos entrega es su movimiento tridimensional igual al del ser humano y que nos ayuda a ejercitar aquel movimiento junto a él, sumando el ritmo cardiaco del equino y su temperatura el que llega relajar los músculos del humano y lograr de mejor forma aquel objetivo propuesto.

PREGUNTAS SECUNDARIAS

- 2. ¿Cuáles crees que son las expectativas que tiene la sociedad sobre una persona con discapacidad o necesidades educativas especiales?**

Frente a una opinión global como sociedad creo que nuestra sociedad no tiene mucha expectativa sobre una persona con necesidades educativas especiales. Ya que no es tratado como un igual o como uno realmente quisiera y con ello entonces no existen pensamientos o proyectos que incluyan directamente una REAL integración en la sociedad chilena hoy en día.

- 3. ¿Qué expectativas tienes sobre tu hijo/a?**

Específicamente mis expectativas es que logre ser una persona que de lo máximo que pueda dar sobre todo en su autonomía, que logre ver que es maravilloso y que se sienta feliz de vivir.



4. ¿Cuál era tu opinión sobre la discapacidad o las necesidades educativas especiales antes de tener a tu hijo/a?, esta ha cambiado o variado.

La verdad no tenía una opinión tan específica porque no existía nadie con alguna necesidad especial en mi familia o entorno, solamente veía por televisión las historias que mostraban o a veces videos y cosas así que las observaba y solo deseaba que fueran niños, niñas o adultos que pudiesen tener los recursos y el apoyo de su familia y del país para salir adelante, viendo que Chile es un país con poco apoyo a nuestras personas con necesidades educativas especiales.

Ahora ha cambiado al 100% y más, pero no la opinión al respecto de lo que pienso sobre la discapacidad sino porque vivirlo desde adentro es un mundo totalmente distinto y lo que pensaba de la sociedad ahora puedo confirmarlo. Frente a mi hijo mi opinión es encontrar y ayudarlo a tener el máximo de herramientas necesarias para desenvolverse en la vida porque él puede y es lo máximo.

5. ¿Cuál era tu opinión sobre la equinoterapia antes de tener un/a hijo/a con discapacidad o necesidades educativas especiales?, Estas ha cambiado o variado.

Mi conocimiento sobre la equinoterapia era muy poquito, si bien sabía que era una buenísima terapia en donde se trabajaba directamente con un caballo no tenía mayor conocimiento de todos los beneficios que traía y hoy en día SI ha cambiado mucho pero específicamente porque he descubierto en ella una increíble ayuda para mi hijo y la familia en general, los cambios han sido notoriamente visibles y estamos encantados.

6. ¿Cómo tuvo conocimiento de que existía la equinoterapia, y porqué se interesó por ella?

Escuche la primera vez de ésta terapia por la televisión en un programa que hablaba de terapias complementarias pero aun así fue con un interés netamente de la historia de vida y luego del nacimiento de mi hijo me interiorice al máximo y



busque por todos lados un lugar o la forma de comenzar lo antes posible la terapia.

7. ¿Cómo era el niño antes de empezar con la terapia, y como se encuentra actualmente?

Mi hijo físicamente comenzó sin caminar y con muchos problemitas para sostener su cabeza entre otras cosas y hoy ya se encuentra dando sus pacitos con menos ayuda y su cabeza ya está firme y emocionalmente ha sido maravilloso, ama los caballos y participar en la terapia junto a la familia, ha despertado en el la atención y el deseo que un mayor lenguaje, estamos felices.

8. ¿Cómo se relacionaba el alumno con su entorno más cercano antes de la equinoterapia y cómo lo hace tras un tiempo de tratamiento?

Es difícil ver que un hijo te habla poco o no presta mucho su atención cuando le llaman, ya sea por poco interés por alguna dificultad, él se mantenía muy silencioso, solamente le gustaba jugar solito entre otras cosas pero luego de comenzar con equinoterapia puedo comentarte que hoy nos habla de todo, su atención es constante y se interesa por compartir su rutina y la de sus compañeros.

9. ¿Cuáles son las mejoras concretas que ha provocado en el niño(a) la equinoterapia?

Concretamente su movilidad general ha mejorado en un 60%, su estabilidad lo ha llevado a ponerse de pie por varios minutos sin ayuda, ya está leyendo algunos cuentos cortos y se comunica verbalmente con todo su entorno casi de forma independiente.

10. ¿Ha notado una mayor motivación para realizar el tratamiento?, ya que a diferencia con otras terapias, ésta incluye diferentes estímulos



como estar al aire libre, escuchar distintos sonidos, los colores y demás

Sin duda encontrarnos con equinoterapia ha sido una motivación diaria para toda la familia y claramente puedo observar que para mi hijo es su preferida, ama estar en contacto con el caballo y poder estar alrededor de árboles, observar el cielo y muchas cosas más. La equinoterapia es una terapia que sin duda debe ser expandida en nuestro país de forma que se pueda acceder a ella con más facilidad para que muchos otros niños o adultos logren tener resultados enormes para vivir una vida con su mayor desenvolvimiento personal.

11. ¿Considera usted mejorado la calidad de vida de su hijo? ¿Y la de su entorno familiar?

Definitivamente ha mejorado la calidad de vida de ambos, él es un niño que se muestra tranquilo frente a la adversidad que se presente, quiere y tiene deseos de muchas cosas en la vida, se ve un niño mucho más seguro y ama abrazar y decir “te quiero” y como familia ha sido una inmensa alegría el encontrarnos con ésta terapia, hemos encontrado una ayuda concreta y eso nos lleva a avanzar de una mejor forma junto a nuestro hijo.

12. ¿Cómo es el acompañamiento familiar en esta técnica?, ¿De qué manera participan en equinoterapia?

El acompañamiento de la familia siempre es primordial, hay una conexión muy importante que se logra con un equipo unido y aquí la familia pasa a ser parte de éste equipo que lucha por que haya un avance excelente, nosotros participamos al 100 % toda la familia, nos rotamos pero vamos junto a él del otro lado del caballo dando el ánimo y acompañando en la rutina (aunque hay veces que no es tan necesario estar al lado de él pero si observando).



ENTREVISTA NUMERO 6

PREGUNTA PRINCIPAL

- 1. ¿Qué beneficios aporta el uso de la equinoterapia en niños, niñas, jóvenes y adultos con discapacidad o necesidades educativas especiales?**

Por lo que he visto en este año que lleva mi hija en la terapia, los beneficios se basan mucho en el área del control de la postura y ayuda mucho en el equilibrio, la motricidad.

Se ven beneficios en el área de relajación sobre todo cuando tu niño tiene hiperactividad, es súper importante para la capacidad de sociabilizar de los niños, ya que también por el entorno que se da y la gran cantidad de estímulos y niños con distintas realidades eso se ve súper fomentado.

PREGUNTAS SECUNDARIAS

- 2. ¿Cuáles crees que son las expectativas que tiene la sociedad sobre una persona con discapacidad o necesidades educativas especiales?**

La sociedad no se muestra tan preparada para recibir a una persona con discapacidad, si bien los avances han sido significativos y hay muchas más instancias, estas están ligadas a oportunidades muy pequeñas o escasas.

Nuestros niños tienen que luchar día a día por un lugar en la sociedad, sociedad que muchas veces los discrimina, es súper difícil, pero ya han habidos niños pioneros, que se han graduado de universidades, que tienen trabajos que no solo se encasilla en el que saca las impresiones, limpia las mesas o empaqueta en el supermercado.

Soy consciente que tienen una discapacidad y necesita de mucho trabajo su inserción en la sociedad, pero tengo toda la esperanza que eso se puede lograr.



3. ¿Qué expectativas tienes sobre tu hijo/a?

En la medida que Lucia, quiera y pueda, quiero que se prepare lo mejor posible para enfrentar todos los hitos y situaciones que le ira tocando vivir a lo largo de sus años, primero será entrar a primero básico, espero esto pueda ser en una escuela común, bueno su discapacidad no está enfocada en el área cognitiva, entonces por ese lado no debiera tener inconveniente.

Pero eso si ella quiere y la hace feliz que sea profesional o si en el recorrido de su vida encuentra algún oficio en el que se pueda desempeñar y disfrutarlo y ser feliz, bienvenido sea, nosotros apuntamos a su felicidad y que al día de mañana sea lo más autónoma posible.

4. ¿Cuál era tu opinión sobre la discapacidad o las necesidades educativas especiales antes de tener a tu hijo/a?, esta ha cambiado o variado.

La verdad es que era un tema irrelevante en mi vida, creo que la única vez que me sensibilizaba en el año era cuando había teletón, el resto si veía alguna persona con discapacidad y esta era muy limitante, sentía mucha lastima.

Hoy, claro las cosas son distintas, se erradico el sentimiento de lastima, si, en nuestras vidas nos encontramos con mayores desafíos que los que se encontraría el común de la gente, pero igual lo logramos, aprendemos a mirar la vida con otros ojos, se habrá un nuevo mundo y realmente es un mundo de mucho cariño y cosas por aprender y experimentar.

5. ¿Cuál era tu opinión sobre la equinoterapia antes de tener un/a hijo/a con discapacidad o necesidades educativas especiales?, Estas ha cambiado o variado.

La verdad es que no tenía ninguna opinión respecto al tema, jamás supe que existía, hasta que llego Lucia, bueno al principio tampoco me entere tanto sobre la equinoterapia, fue después cuando ella ya se encontraba asistiendo a sus terapia más “formales”, que me entere de esta terapia.



Nada ahora la adoro, nos hace sentir fuera de la rutina cuando vamos, son tantos los beneficios, pero sobre todo en lo emocional que creo que ojala hubiera sabido de estos apenas llego Lucia, todo el proceso de aceptar su discapacidad hubiera sido tanto más llevadero de lo que fue, es un momento muy difícil.

6. ¿Cómo tuvo conocimiento de que existía la equinoterapia, y porqué se interesó por ella?

Eso fue bastante simple, casi a los 2 años de Lucia ingresamos a un centro de rehabilitación en San Felipe que se llama CRI, ya que muchas veces nos era muy costoso monetariamente hablando viajar tan seguido a Valparaíso para asistir a Teletón, entonces se hicieron las gestiones y comenzamos a tener la mayoría de las terapias en San Felipe y consultas médicas en Teletón.

En el CRI conocí a varios padres de niños con la misma o distintas discapacidades, varios de ellos asisten a equinoterapia, así, entre conversación y conversación, uno se ve entregando datos y compartiendo experiencias, así me comentaron que se impartía equinoterapia, me dijeron algunos de sus beneficios y me entusiasme, y así le pregunte a su médico y kinesiólogo, y ellos también me lo recomendaron.

Así fue como llegue a través de otros padres.

7. ¿Cómo era el niño antes de empezar con la terapia, y como se encuentra actualmente?

Antes de comenzar con equinoterapia, ya asistía algunas terapias más “tradicionales”, entonces su rehabilitación ya comenzaba a encaminarse, cuando comenzó a ir también fue un proceso lento, ya que la terapia se basa en estar arriba del caballo y eso en un principio es difícil, los niños no llegan y se suben con facilidad, existe arta desconfianza y miedo.

Cuando ya lograron que se subiera y se sintiera cómoda, note desde el primer día, lo relajada que se sentía, como sus músculos eran capaces de relajarse, ayudándola a sostener mejor su tronco y cuello, ella mejoro todos sus



tonos musculares, con mayor facilidad y rapidez, desde que comenzó asistir a equinoterapia.

Actualmente, la terapia la hace feliz, ayudado con todo su área motora, el lenguaje no ha sido inconveniente con Lucia, pero la relación que ha logrado tener con los animales, si le doy todo el crédito a la terapia, ella era súper temerosa y con el caballo se ha soltado y lograr tener una relación tan sana y fluida con todos los animales. Yo la veo feliz, reír, aplaudir, acariciar al animal, es una instancia tan sanadora, no solo en su rehabilitación, sino del corazón.

8. ¿Cómo se relacionaba el alumno con su entorno más cercano antes de la equinoterapia y cómo lo hace tras un tiempo de tratamiento?

Su relación con su entorno más cercano, siempre ha sido buena, no noto una diferencia tan importante entre que inicio la terapia y ahora.

La única que podría acotar, es en torno a la relación que tenía con los animales, la terapia ha sido fundamental en eso.

9. ¿Cuáles son las mejoras concretas que ha provocado en el niño(a) la equinoterapia?

De forma concreta la terapia ha sido fundamental en el área motora de Lucia, esos han sido sus cambios más evidentes, el que este logrando poco a poco caminar, ha sido un trabajo en conjunto con las demás terapias, pero personalmente le doy mucho crédito a esta terapia, los cambios han sido más evidentes y notorios desde Lucia asiste aquí.

10. ¿Ha notado una mayor motivación para realizar el tratamiento?, ya que a diferencia con otras terapias, ésta incluye diferentes estímulos como estar al aire libre, escuchar distintos sonidos, los colores y demás

Si por su puesto, ella tiene muchas ganas de asistir a equinoterapia, siempre está contenta cuando llega el día, y eso tiene todo que ver, con el entorno en que se realiza, claramente la mayor motivación son los caballos, pero el



entorno, es un apoyo fundamental en que esta terapia sea tan entretenida para los niños, es tan amigable con los niños.

11. ¿Considera usted mejorado la calidad de vida de su hijo? ¿Y la de su entorno familiar?

Si claro, creo que eso ha mejorado, mientras Lucia más se rehabilita, su calidad de vida mejora, ella se siente más segura consigo misma, es mucho más independiente, eso la hace más feliz.

Esas cosas hacen que tenga confianza en sus capacidades en que a lo largo de los años podrá lograr las cosas que se proponga.

12. ¿Cómo es el acompañamiento familiar en esta técnica?, ¿De qué manera participan en equinoterapia?

Para nosotros como familia, es un panorama, tratamos acompañarla lo más que podemos.

Con las otras terapias eso es más difícil, ya que por el lugar donde se hacen a veces solo podemos ir las dos.

Aquí es tan agradable, además que el lugar donde se imparte, está rodeado de árboles, es lindo, llama a venir en familia apoyarla, sacarle fotos y poder estar en contacto todos también con su rehabilitación, a sido también una instancia amable con la familia, donde hemos podido ver que la rehabilitación en la discapacidad, también tiene momentos llenos de alegría y trabajo fuera de los común.