

La incidencia de la equinoterapia en las dimensiones psicosociales: Caso único⁵

Lic. Gisela Morán⁶, Lic. Samanta Pérez⁷, Lic. Leandro Casari⁸

Pontificia Universidad Católica Argentina, Sede Mendoza

Resumen

El presente trabajo posee un diseño cuantitativo observacional de caso único y busca dar cuenta de la incidencia de la equinoterapia en las dimensiones psicosociales de un niño con discapacidad.

Se realizó una comparación del estado de las dimensiones psicosociales a nivel pre/post terapia a partir de los criterios de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud [CIF] utilizando una escala Likert, cuyos valores oscilan entre 0 (no hay problema) y 4 (problema completo).

Corroborado con postulados teóricos (Arias et al., 2008; Falke, 2009; Pellitero et al., 2006; Sierra Torres, 2010) la equinoterapia es un método terapéutico que beneficia el desarrollo de las dimensiones psicosociales. Esto abre la posibilidad de realizar investigaciones futuras para ampliar la consideración de terapias alternativas y la incidencia de estas en las dimensiones psicosociales.

⁵ Este artículo forma parte del Trabajo Final Integrador de Licenciatura en Psicología realizado en la Pontificia Universidad Católica Argentina, sede Mendoza durante los años 2013-2014.

⁶ Pontificia Universidad Católica Argentina, Sede Mendoza. giselaymoran@hotmail.com

⁷ Fundación Tremo Kawell. San Rafael, Mendoza. samantasoledadperez@hotmail.com

⁸ Pontificia Universidad Católica Argentina, Sede Mendoza – INCIHUSA, CONICET CCT Mendoza. leandromartincasari@gmail.com

Palabras claves: Equinoterapia; modelo bio-psico-social; clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud.

Abstract

The purpose of this paper is to report the incidence of equine therapy in the psychosocial dimensions in a child with disabilities. The same holds, observational quantitative single case design.

A comparison of state-level psychosocial dimensions was performed pre / post therapy, based on the criteria of the International Classification of Functioning, Disability and Health [ICF], using a Likert scale with values ranging between 0 (no problem) to 4 (complete problem); observing a marked improvement in the development of psychosocial dimensions.

Corroborating with theoretical postulates (Arias et al, 2008; Falke, 2009; Pellitero et al, 2006; Sierra Torres, 2010) equine therapy is a therapeutic method that benefits the development of the psychosocial dimensions. This opens the possibility of future research to extend the consideration of alternative therapies and the incidence of these in the psychosocial dimensions.

Keywords: Equine; bio-psycho-social model; International Classification of Functioning, Disability and Health.

La discusión sobre el concepto de discapacidad lleva ya muchos años. Para hacer frente a esta situación, la Organización Mundial de la Salud [OMS] ha publicado a lo largo de los años diferentes clasificaciones internacionales que abogan por

una concepción consensuada de salud y discapacidad.

Es así como en el año 2001 surge la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud [CIF]. Según Cáceres (2004) :

La CIF agrupa sistemáticamente los distintos dominios de una persona en un determinado estado de salud (ej. Lo que una persona con un trastorno o una enfermedad hace o puede hacer). El concepto de funcionamiento se puede considerar como un término global, que hace referencia a todas las Funciones Corporales, Actividades y Participación; de manera similar, discapacidad engloba las deficiencias, limitaciones en la actividad, o restricciones en la participación. La CIF también enumera Factores Ambientales que interactúan con todos estos “constructos”. Por lo tanto, la clasificación permite elaborar un perfil de gran utilidad sobre el funcionamiento, la discapacidad y la salud del individuo en varios dominios. (p.75)

Con ella la OMS busca establecer un “lenguaje común, sobre bases científicas y aplicables transculturalmente, que permita la codificación, transferencia y comparación de información sobre temas relacionados con la salud entre las distintas disciplinas, entre diferentes sistemas de provisión de servicios y entre los distintos países” (García, 2006, 246).

Especialistas de la OPS/OMS postulan que una de cada diez personas en Latinoamérica presentan

algún tipo de discapacidad. Las condiciones propias de esta región favorecen las altas cifras de discapacidad: incremento de la violencia, incremento de las enfermedades crónicas, uso y abuso de sustancias tóxicas, insuficientes avances en la atención perinatal, desnutrición, niñez abandonada, pobreza extrema de algunos sectores (Álvaro, Guerreiro & Gómez, 2013).

Una manera de brindar soluciones a esta problemática de discapacidad es desarrollando programas integrales, los cuáles, siguiendo a Álvaro et al., (2013, párrafo 7) deben estar orientados “a la prevención, el diagnóstico precoz, la atención temprana y la rehabilitación integral que permitan que los niños afectados tengan un desarrollo inclusive que garantice su plena participación e integración social en la medida de sus capacidades”.

Siguiendo a estos autores podemos sostener que los programas deben contar con tres principios básicos para que sean efectivos (Álvaro et al., 2013):

- Principio de rehabilitación de base comunitaria: los programas deben llegar a todos los sectores de la población, incluso a los más alejados.

- Principio del enfoque integral biopsicosocial de la atención: el tratamiento debe abarcar el aspecto biológico, psicológico y social.
- Principio de la factibilidad costo/beneficio de los modelos de tratamiento: tratamientos de menor costo y máximo beneficio.

Uno de estos programas integrales es la equinoterapia, siendo un “método terapéutico y complementario que utiliza al caballo y su medio ambiente buscando la rehabilitación, integración y desarrollo físico, psíquico, emocional y social de la persona con necesidades especiales a través de un abordaje interdisciplinario” (Pellitero, Kiwit & Gurini, 2006, 1).

Por lo tanto, la equinoterapia cumple con los tres principios que aseguran la efectividad de los programas de rehabilitación postulados por Álvaro et al. (2013):

Principio de rehabilitación de base comunitaria: La equinoterapia, gracias al ámbito en que se desarrolla, no requiere de grandes estructuras para llevarse a cabo solamente un espacio natural, con el que cualquier región puede contar.

Principio del enfoque integral biopsicosocial de la atención: En la equinoterapia se trabaja desde un abordaje interdisciplinario alternando con otras modalidades de tratamiento como la fisioterapia, la terapia ocupacional, el deporte, la psicoterapia y la intervención familiar y comunitaria.

Principio de la factibilidad costo/beneficio de los modelos de tratamiento: La equinoterapia es una actividad que se desarrolla con un mínimo de recursos materiales y muchas de las actividades pueden llevarse a cabo con la participación voluntaria de los miembros de la comunidad, padres o familiares de los usuarios.

Los beneficios de esta modalidad terapéutica se han estudiado desde muchos años atrás, siendo Hipócrates uno de los precursores. Desde los años 460 a. C, Hipócrates ya refería el ritmo saludable de la equitación, haciendo mención a los beneficios para la salud que otorga la monta a caballo. Estos beneficios se daban no solamente a nivel físico sino que también mejoraban el estado de ánimo de las personas (Carreras, 2011).

Pero fue a partir del año 1960 que avanza el empleo de este nuevo método terapéutico. Los

profesionales que hacen uso del mismo buscaban incesantemente pruebas científicas que permitieran darle valor a esta técnica dentro de la comunidad médica. Esto se logró en 1969 en París, donde se presentó un trabajo científico sobre reeducación ecuestre. Para este entonces se creó en Estados Unidos la North American Ridingforthe Handicapped Association (NARHA), permitiendo un desarrollo en esta actividad, gracias a la implementación de programas de capacitación a los centros que emplean esta técnica para un uso más eficiente y responsable (Pérez Guerrero & Pérez Álvarez, 2011).

Dentro de los beneficios fisiológicos, múltiples autores dan cuenta de que éstos se basan en tres principios básicos relacionados a la transmisión de calor corporal, impulsos rítmicos y un patrón de locomoción equivalente al patrón fisiológico de la marcha humana (Arias, Arias & Morentin, 2008; Falke, 2009; Pérez Guerrero & Pérez Álvarez, 2011; Salgado, Segura, Sevilla & Soler, 2012; Sierra Torres, 2010; Villasana, Torres & Solórzano, 2010).

En cuanto a los beneficios psicosociales, siguiendo a diferentes autores, pueden mencionarse la mejora del autoestima, el autocontrol, la autoconfianza, el sentimiento de independencia, el sentido de responsabilidad, el respeto por las nor-

mas, el desarrollo de nuevas maneras de socialización y comunicación (sobre todo en la expresión verbal), la mejora en los vínculos familiares, la estimulación de la integración social y comunitaria; además, permite una mejora en la atención, concentración y memoria (Arias et al., 2008; Falke, 2009; Pellitero et al., 2006; Sierra Torres, 2010).

La mayoría de los aportes sobre la equinoterapia a nivel psicosocial no provienen de estudios empíricos, por ello, lo que se busca con este trabajo es ahondar en el estudio de la equinoterapia y sus beneficios a nivel psicosocial para lograr un aporte a la comunidad científica sobre otro método terapéutico que permite atender a las necesidades de las personas con algún tipo de discapacidad.

Metodología

Tipo de estudio: El estudio posee un diseño cuantitativo, de caso único de tipo observacional (Rousos, 2007).

Población - Participantes: El caso a evaluar fue un niño (al cuál llamaremos "A") de 12 años cuyo diagnóstico, según el Certificado Único de Discapacidad (CUD) es de anormalidades de la marcha y de la movilidad, atrofia muscular espinal y síndro-

mes afines. Este niño forma parte constituyente de la asociación de equinoterapia “La Equitana” desde hace 6 años. Si bien, a lo largo de los años los horarios y días de asistencias fueron modificados, “A” ha mantenido una constancia regular a diferencia de los demás niños de la institución.

Instrumentos de recolección de datos: Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF); La CIF agrupa sistemáticamente distintos dominios de una persona en un determinado estado de salud. Es una herramienta de recogida y registro de datos aplicable también como herramienta para medir y valorar resultados. Abarca todos los aspectos de la salud y algunos componentes del bienestar relevantes a la salud y los describe en términos de “dominios de salud” y “dominios relacionados con la salud”. Esta clasificación se utilizó para evaluar cada uno de los aspectos psicosociales en el niño determinados por dicho instrumento.

Los aspectos evaluados fueron:

- Dimensiones psíquicas: la CIF las incluye dentro de su apartado de *Funciones Corporales*, siendo estas las “funciones fisiológicas de los sistemas corporales (incluyendo las funciones psíquicas)”. OMS (2001,49).

Las dimensiones evaluadas fueron: Funciones Intelectuales, Extroversión, Responsabilidad, Estabilidad psíquica, Disposición a vivir nuevas experiencias, Confianza, Nivel de energía, Motivación, Control de los impulsos, Adecuación de la emoción, Regulación de la emoción, Abstracción, Flexibilidad cognitiva, Resolución de problemas e Imagen corporal.

- Dimensiones sociales: la CIF las incluye dentro de su apartado de Actividad y Participación. La “actividad es la realización de una tarea o acción por una persona. La participación es el acto de involucrarse en una situación vital”. OMS (2001,131). Estas se dan en un entorno actual que incluye el contexto social. Las dimensiones evaluadas fueron: Centrar la atención, Leer, Escribir, Calcular, Resolver problemas simples, Manejo de la responsabilidad, Manejo del estrés, Conversar con una sola persona, Conversar con muchas personas, Respeto y afecto en las relaciones, Aprecio en las relaciones, Tolerancia en las relaciones, Indicios sociales, Relacionarse con extraños, Relacionarse con personas en posición de autoridad, Relaciones informales con amigos, Relaciones informales

con iguales, Relaciones familiares, Socialización.

La CIF utiliza una escala Likert para evaluar el grado de dificultad que presenta la persona en el constructo que se está evaluando. Puntuará:

- 0.....NO hay problema (ninguno, insignificante. 0 - 4 %)
- 1.....Problema LIGERO (poco, escaso. 5 - 24%)
- 2.....Problema MODERADO (medio, regular. 25 - 49 %)
- 3.....Problema GRAVE (mucho, extremo. 50 - 95%)
- 4.....Problema COMPLETO (total 96 - 100%)
- 8.....Sin especificar
- 9.....No aplicable

Resultados

El niño asiste a terapia una vez a la semana, teniendo la sesión una duración de 40 minutos aproximadamente. Esta terapia comienza con una aproximación distante con el animal y luego familiarizando al niño con el ambiente y profesionales. Una vez que el niño adquirió la confianza necesaria en el animal se procede a la monta. En todo momento el paciente va acompañado y asistido por tres profesionales: uno arriba del caballo con el niño y los dos restantes caminando a un lado y conduciendo al animal.

De acuerdo con las necesidades de cada paciente es el trabajo que se realiza en cada sesión. En el caso de "A" el propósito de la equinoterapia es

principalmente aprovechar el movimiento multidimensional del caballo para estimular los músculos del paciente. Paralelamente se ha trabajado con la expresión de las emociones, una dificultad notablemente percibida por los profesionales en dicho niño, a partir de técnicas como arrojar aros que representan el estado emocional presente en ese momento, cantar, bailar, arrojar objetos, entre otros.

Lo más notable en "A" es que ha utilizado el espacio de la equinoterapia como un lugar donde puede expresar sus inquietudes con respecto a su discapacidad y lo que conlleva a vivir con la misma en diferentes dimensiones de su vida.

A partir de los datos obtenidos se completó la escala Likert de la CIF, lo que permitió comparar como se presentan estas dimensiones exploradas a nivel pre y post terapia.

Tabla 1: Valores de la escala Likert aplicada a las dimensiones evaluadas

Funciones a Evaluar	Pre Terapia	Post Terapia
FUNCIONES CORPORALES		
<i>Capítulo 1: FUNCIONES MENTALES</i>		
Funciones mentales globales (b110-b139)		
b 118 Funciones Intelectuales	0	0
b126 Funciones del temperamento y la personalidad	3	0
> b1260 Extroversión	2	1
> b1262 Responsabilidad	2	1
> b1263 Estabilidad psíquica	2	1
> b1264 Disposición a vivir nuevas experiencias	3	0
> b1266 Confianza		
b130 Funciones relacionadas con la energía y los impulsos	3	1
> b1300 Nivel de energía	2	0
> b1301 Motivación	1	0
> b1304 Control de los impulsos		
Funciones mentales específicas (b140-b189)		
b152 Funciones emocionales	3	1
> b1520 Adecuación de la emoción	2	1
> b1521 Regulación de la emoción		
b164 Funciones cognitivas superiores		
> b1640 Abstracción	2	1
> b1643 Flexibilidad cognitiva	2	0
> b1646 Resolución de problemas	2	1

b180 Experiencias relacionadas con uno mismo y con el tiempo	2	1
> b1801 Imagen corporal		
ACTIVIDAD Y PARTICIPACION		
<i>Capítulo 1: APRENDIZAJE Y APLICACION DEL CONOCIMIENTO</i>		
Aplicación del conocimiento (d160-d179)		
> d160 Centrar la atención	2	1
> d166 Leer	9	0
> d169 Escribir	9	0
> d172 Calcular	9	0
> d1750 Resolver problemas simples	2	1
<i>Capítulo 2: TAREAS Y DEMANDAS GENERALES</i>		
d240 Manejo del estrés y otras demandas psicológicas		
> d2400 Manejo de responsabilidades	2	1
> d2401 Manejo del estrés	2	1
<i>Capítulo 3: COMUNICACION</i>		
Conversación y utilización de aparatos y técnicas de comunicación (d350-d369)		
> d350 Conversación		
• d3503 Conversar con una sola persona	1	0
• d3504 Conversar con muchas personas	2	0
<i>Capítulo 7: INTERACCIONES Y RELACIONES INTERPERSONALES</i>		
<i>Interacciones interpersonales generales (d710-d729)</i>		
d710 Interacciones interpersonales básicas	3	1
> d7100 Respeto y afecto en las relaciones	2	0
> d7101 Aprecio en las relaciones	2	0
> d7102 Tolerancia en las relaciones	3	1

>	d7104 Indicios sociales en las relaciones		
	<i>Interacciones interpersonales particulares (d730-d779)</i>	3	0
	d730 Relacionarse con extraños		
	d740 Relaciones formales	2	0
>	d7400 Relacionarse con personas en posición de autoridad	3	1
	d750 Relaciones sociales informales	3	1
>	d7500 Relaciones informales con amigos	1	0
>	d7504 Relaciones informales con iguales		
	d760 Relaciones familiares		
	<i>Capítulo 9: VIDA COMUNITARIA, SOCIAL Y CIVICA</i>		
	d920 Tiempo libre y ocio		
>	d9205 Socialización	3	1

Considerando que el puntaje máximo que se podía alcanzar según la escala Likert era 4 (valor negativo) y que el número de dimensiones psicológicas evaluadas fueron 14, por lo tanto el puntaje máximo total es de 56 puntos, siendo este el 100% de deficiencia en el desarrollo de dichas dimensiones. A nivel pre terapia "A" obtuvo un total de 31 puntos, es decir, 55% de deficiencia en el desarrollo, por lo tanto el nivel de desarrollo al que había llegado era del 45%. A nivel post terapia, el puntaje total que obtuvo fue de 9, es decir, 16% de deficiencia, por lo tanto el nivel de desarrollo de las dimensiones psicológicas adquirido es del 84%.

Siguiendo el mismo razonamiento, el total de dimensiones sociales evaluadas fueron 16, por lo tanto el puntaje máximo total al que se puede llegar es de 64, es decir, 100%. A nivel pre terapia "A" obtuvo 36 puntos, es decir que la deficiencia en su desarrollo era de 54%, razonablemente en nivel de desarrollo alcanzado era de 44%. En cuanto al periodo de concurrencia a la terapia, "A" obtuvo un puntaje de 9, es decir, que el nivel de deficiencias en éstas es del 14%, por lo tanto el nivel de desarrollo adquirido fue del 86%.

En conclusión, el porcentaje del nivel de desarrollo de las funciones psicológicas previo a la iniciación de la terapia era del 45%, mientras que en el periodo de concurrencia, es decir, post terapia, el porcentaje de desarrollo alcanzo el 84%. En cuanto a las funciones sociales, se visualiza que el porcentaje del nivel de desarrollo de las mismas previo a la iniciación de la terapia era del 44%, mientras que en el periodo de concurrencia, es decir, post terapia, el porcentaje de desarrollo alcanzo el 86%.

Por lo tanto se visualiza que el niño evaluado, a lo largo de su permanencia en la equinoterapia, ha tenido una mejora en sus funciones psicosociales, siendo este beneficio levemente mayor en las

dimensiones sociales, respecto a las dimensiones psicológicas.

Tabla 2: Porcentaje nivel de desarrollo entre el estado actual (post-terapia) de las funciones psicosociales del sujeto y el estado previo a la iniciación de la terapia

Variable: Porcentaje nivel de desarrollo de las Funciones Psicosociales		
	Nivel de Desarrollo Alcanzado	
	Pre-Terapia Ecuestre	Post-Terapia Ecuestre
Funciones Sociales	44%	86%
Funciones Psicológicas	45%	84%

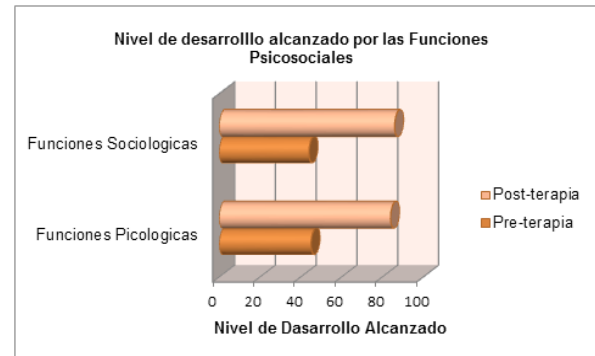


Figura 1. Porcentaje Nivel de desarrollo de las funciones sociales obtenido por el sujeto, previo a la iniciación la terapia y en el periodo de concurrencia a la misma (post-terapia).

Discusión

Las limitaciones a las que conlleva una discapacidad motora, sobre todo el no poder deambular solo, habían afectado notablemente la confianza de "A", por lo que le dificultaba establecer relaciones interpersonales. Durante las sesiones de equinoterapia, el caballo proporciona un préstamo motor al paciente permitiéndole avanzar, moverse y llegar a lugares que por sí solo no podría acceder; sumado al hecho de que el niño puede montar y comandar a un animal que lo supera en tamaño, es explicable la adquisición de mayor confianza en sí mismo, la cual se proyecta en el avance notable en lo que refiere a las dimen-

siones sociales (Arias et al., 2008; Pellitero et al., 2006).

Como sostiene Arias et al. (2008) esta terapia se realiza principalmente al aire libre, en un entorno natural, permitiendo que la persona participe en una actividad normalizada, es decir, desde una situación de ocio, lo que ocasiona que el paciente se encuentre más motivado a la hora de realizar la actividad. "A" tomó a la terapia como un lugar para relajarse y disfrutar, sensación que se transmite a la familia que lo acompaña a las sesiones sin verla como una terapia más, sino como una actividad recreativa y ociosa, fomentando así una mayor integración social y familiar.

Debido a esta característica de la equinoterapia de realizarse de una manera libre y lúdica, se facilita que el niño vaya interiorizando en sus psiquismo todo lo que la terapia le brinda: la capacidad de responsabilidad, de manejo del estrés, de control de los impulsos, de ser flexible cognitivamente y con ello poder solucionar de manera óptima los problemas que se le presenten. Además de poder aplicar correctamente el conocimiento y el estar dispuesto a vivir nuevas experiencias.

Conclusiones

Los resultados altamente positivos que se obtuvieron en este trabajo, permiten pensar que esta generosa actividad otorga beneficios a nivel bio-psico-social, fomentando un óptimo estado de salud. Por lo tanto, podemos concluir que la equinoterapia es una modalidad terapéutica complementaria con la que cualquier profesional puede contar si lo que busca es abordar a sus pacientes de manera integral, logrando en ellos no sólo la ausencia de una enfermedad, sino un estado de bienestar físico, psíquico y social más allá de la patología que presente.

Referencias

Álvaro, L.; Guerrero, M. & Gómez, M. (2013). La equinoterapia para el desarrollo de habilidades en el niño con discapacidad en América Latina. *EFDeportes.com, Revista Digital*. 176. 1. Recuperado de <http://www.efdeportes.com/efd176/la-equinoterapia-para-el-nino-con-discapacidad.htm>

Arias, V.; Arias, B. & Morentin, R. (2008). Terapia asistida por caballos: nueva propuesta de clasificación, programas para personas con discapacidad intelectual y buenas prácticas. *Siglo Cero: Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 226 (39), 18-30. Recuperado de:

<http://www.feaps.org/archivo/publicaciones-feaps/siglo-cero/numeros-gratuitos/528-n226.html>

Cáceres, C. (2004). Sobre el concepto de discapacidad. Una revisión de las propuestas de la OMS. *Auditio: Revista Electrónica de Audiología*, (2), 74-77. Recuperado de:

<http://www.auditio.com/revista/pdf/vol2/3/020304.pdf>

Carreras, F. (2011). Historia de la Equinoterapia en el mundo. *Revista Veterinaria Argentina*, 68, 1-3. Recuperado de

<http://www.veterinariargentina.com/revista/2011/04/historia-de-la-equinoterapia-en-el-mundo/>

Falke, G. (2009). Equinoterapia. Enfoque clínico, psicológico y social. *Revista de la Asociación Médica Argentina*, 2 (122). 16-19. Recuperado de.

http://terapiaambcavall.com/wp-content/uploads/2011/11/Equinoterapia_Falke1.pdf

García, J. (2006). La discapacidad hoy. *Intervención Psicosocial*, 3 (14), 245-253. Recuperado de:

<http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/100007.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2001). *Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud*. Ginebra. Recuperado de http://pujportal.javeriana.edu.co/portal/page/portal/vice_medio/asist_bienestar/pdf/CIF_spanish.pdf

Pellitero, C.; Kiwitt, G. & Gurini, V. (2006). Equinoterapia. *Revista de Ciencia Veterinaria*. 1 (8). 72-73. Recuperado de:

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdf>

Pérez Guerrero, M. & Pérez Álvarez, L. (2011). Labor del profesional de enfermería en la equinoterapia como condición esencial para la atención integral al discapacitado. *Revista Cubana de Enfermería*, 4 (27), 351-363. Recuperado de:

<http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v27n4/enf12411.pdf>

Roussos, A (2007). El diseño del caso único en investigación en Psicología Clínica. Un vínculo entre la investigación y la práctica clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica XVI.3* 262-263. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921790006>

Salgado, P.; Segura, P.; Sevilla, R. & Soler, A. (2012). Efectos psicológicos de la equinoterapia en niños discapacitados. *Revista Fundamentos de Psicología, 1* (4), 67-76. Recuperado de <http://revistafundamentospsicologia.umh.es/files/2009/04/Revista-Fundamentos-2012.pdf>

Sierra Torres, M (2010). Equinoterapia. *Revista Digital: Innovación y Experiencias Educativas. 31.* 1-9. Recuperado de:

http://www.csicsif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf

Villasana, G.; Torres, C. & Solórzano, C. (2010). Evaluación de la efectividad de la hipoterapia en niños con trastornos del desarrollo psicomotor. *Avances en Ciencia de la Salud, 1* (1), 25-29. Recuperado de: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/fcs/avances/vol1n1/art4.pdf>