

HIPOTERAPIA, EXPERIENCIA PERSONAS TRASTORNO CRÓNICO. CENTRO DE REHABILITACIÓN PSIQUIÁTRICA PARAYAS. UNA CON CON MENTAL

HIPPOTHERAPY, EXPERIENCE MENTAL DISORDERS. CENTRE OF PSYCHIATRIC REHABILITATION PARAYAS. AN WITH CHRONIC

Palabras clave del autor: Terapia Ocupacional, Salud Mental, Rehabilitación psicosocial, Trastorno Mental Crónico, Hipoterapia, Calidad de vida

Key words: Occupational Therapy, Mental Health, Psychosocial Rehabilitation, Mental Chronic Disorders, Rehabilitación Psicosocial, Hippotherapy, Quality of life

DECS: Terapia Ocupacional, Salud mental, Rehabilitación Aspectos Psicosociales, Trastorno Mental, Calidad de vida.

Mesh: Occupational Therapy, Mental health, psychology rehabilitation Mental Disorders, Quality of Life

Autores:

Esperanza Álvarez-Miranda
Terapeuta Ocupacional Centro de Rehabilitación Psiquiátrica Parayas. Cantabria

Rosa I. Marañón González
Psicóloga Clínica Centro de Rehabilitación Psiquiátrica Parayas. Cantabria

Texto Recibido: 18/03/09

Texto Aceptado: 3/09/09

RESUMEN

A lo largo de los últimos años la Rehabilitación Psicosocial ha venido configurándose como un campo de intervención de creciente importancia e interés en la atención comunitaria a personas con Trastorno Mental Crónico. Se configura como un conjunto de estrategias de intervención psicosocial y social que complementan a las intervenciones farmacológicas y de manejo de los síntomas y que se orientan fundamentalmente a la mejora del funcionamiento personal y social, a la mejora de la calidad de vida y al apoyo a la integración comunitaria. Dentro de ese conjunto de estrategias encuadraríamos la Hipoterapia, como un nuevo recurso a utilizar con determinados pacientes en esta lucha por mejorar su calidad de vida.

Los datos que se presentan a continuación, muestran la comparación entre los obtenidos del estudio piloto de seis meses y medio de duración, desarrollado en el Centro de Rehabilitación Psiquiátrica Parayas (C.R.P.P.) entre los meses de septiembre de 2002 y marzo de 2003 (como fase previa a la implantación del programa de intervención) y los datos obtenidos durante el desarrollo del programa en el segundo semestre del año 2007. Podríamos decir que la actividad ha demostrado su eficacia, con la obtención de los beneficios esperados, produciéndose una mejoría en las áreas valoradas como deficitarias (higiene y apariencia personal, relaciones sociales, autonomía y desempeño de tareas, afectividad y conductas problema). Esta mejoría comienza a apreciarse en un periodo de tiempo breve y se generaliza a otros ámbitos de la vida de estas personas.

SUMMARY

Throughout last years the Psychosocial Rehabilitation has come being formed as a field of intervention of increasing importance and interest in the community attention to persons by Mental Chronic Disorder. It's a set of strategies of psychosocial and social intervention that they complement to the pharmacological interventions and of managing of the symptoms and that are orientated fundamentally to the improvement of the personal and social functioning, to the improvement of the quality of life and to the support to the community integration. Inside this set of strategies we would fit the Hipoterapia as a new resource to using with someone of the patients in this fight for improving their quality of life. The information that we present now shows the comparison between the results obtained of the pilot study of six months and a half of duration developed in the C.R.P.Parayas between September 2002 and March 2003 (as phase before the introduction of this therapy program) and the information obtained during the development of the program in the second semester of the year 2007. We might say that the activity has demonstrated its efficiency, with the obtaining of the awaited benefits. Producing an improvement to them in the deficits areas valued (hygiene and personal appearance, social relations, autonomy and performance of tasks, affectability, and conducts problem), improvement that is begun to estimate in a brief period of time and that is generalized to other areas of the life of these persons.

Como citar este texto en sucesivas ocasiones:

Álvarez Miranda E, Marañón Gonzáles RI. Hipoterapia. Una expresión con personas con trastorno mental crónico. Centro de Rehabilitación psiquiátrica Parayas. TOG (A Coruña) .TOG (A Coruña) [Revista en Internet]. 2009 [fecha de la cita]; Vol 6, Supl. 5: p 244-262 Disponible en: <http://www.revistatog.com/suple/num5/hipoterapia.pdf>

INTRODUCCIÓN

El término Terapia Asistida con Animales «pet-therapy» define dos tipos distintos de terapia. En la más básica, se trata simplemente de disfrutar de la compañía de un animal doméstico (un perro, un gato, un pájaro), mediante la cual se pueden obtener beneficios tanto a nivel físico como psíquico. En el otro caso, en cambio, se trata de auténticas co-terapias de rehabilitación con la ayuda de animales, no necesariamente domésticos: caballos, delfines, etc., coordinadas por un equipo multidisciplinario (médicos, psicólogos, pedagogos, instructores, terapeutas especializados, entrenadores de los animales, veterinarios etc), como complemento de otro tipo de tratamientos, y que están dirigidas a personas con problemas físicos y psíquicos graves. Esta terapia se emplea de forma sistemática desde los años 50 – 60, aunque sus ventajas se conocen desde tiempos muy antiguos (Hipócrates).

Partiendo de los estudios y el conocimiento que sobre los trastornos mentales crónicos existe hoy en día, en el C.R.P.P (Cantabria) se han desarrollado un conjunto de programas transversales dirigidos a intervenir en las áreas de funcionamiento psicosocial habitualmente afectadas. El programa de hipoterapia surgió como un nuevo recurso dirigido a incrementar la interacción social, mejorar la autoestima, el desempeño de tareas y los problemas psicomotrices, en personas con trastorno mental crónico.

La finalidad de este programa es utilizar el caballo y su entorno como objeto intermediario dado que influye en el sujeto en su totalidad, aportando beneficios a niveles cognitivos, afectivos, comunicativos, conductuales y de personalidad.

Definimos los trastornos mentales crónicos o severos, como aquellos trastornos mentales graves de duración prolongada que conllevan un grado variable de discapacidad y disfunción social. Las personas con estos trastornos pueden mostrar déficits en las siguientes áreas:

- Funcionamiento cognitivo (orientación espacio-temporal, atención, percepción, concentración y procesamiento de la información, comprensión, memoria, abstracción, ...).
- Autocuidado y autonomía (aseo y apariencia personal, hábitos de vida, vivienda, manejo social...). Área laboral.
- Autocontrol y manejo de estrés.
- Relaciones interpersonales (habilidades sociales, resolución de problemas, habilidades de comunicación...).
- Ocio y tiempo libre (aislamiento, apatía, anhedonia ...)
- Conciencia de estar enfermos. Insight.

La cronicidad conlleva esta pérdida de atributos y la rehabilitación va a hacer hincapié precisamente en los déficits que cada persona presente, para tratar de recuperar y/o adquirir, en la medida de lo posible, aquellas competencias necesarias para manejarse en el medio social y familiar con la mayor adaptación y autonomía.

METODOLOGÍA

Descripción de la planificación y de la aplicación del programa

Programa en el marco de la salud mental. Se ha elegido este estudio debido a las peculiaridades de este tipo de terapia alternativa y a la escasez de estudios, sobre la misma en el ámbito a tratar, de que se dispone hasta el momento.

Planificación del programa

La experiencia se inició con un estudio piloto de seis meses y medio de duración desarrollado en el C.R.P.P. entre los meses de septiembre de 2002 y

marzo de 2003 como fase previa a la implantación del programa de intervención, con la posterior consolidación del mismo hasta la actualidad.

Contexto donde se llevó a cabo el estudio

El programa piloto se coordina desde el C.R.P.P. (Cantabria) y es llevado a cabo en un Centro de Equitación Terapéutica, en la Comunidad Autónoma de Cantabria. Centro inscrito como centro de Rehabilitación en el Colegio Oficial de Médicos de Cantabria, donde a su vez trabajan con otros grupos de poblaciones tales como: discapacitados intelectuales, parálisis cerebral, hemipléjicos, jóvenes marginales , etc .

Evaluación de las necesidades

Necesidad normativa: modelo de atención conocido como "Psiquiatría Comunitaria" de cuyos principios teóricos destacamos:

- La intervención en fases iniciales del trastorno mejora el pronóstico
- Se deben implementar medidas de rehabilitación y reinserción social que favorezcan la reincorporación del paciente a su medio.

Necesidad expresada: existe una necesidad de alternativas diferentes a las ya existentes y con posible componente ocioso en el área de la rehabilitación, para determinados usuarios para los que las terapias más clásicas o tradicionales ofrecen resultados insuficientes.

Necesidad comparativa: dado el número de usuarios que reciben tratamiento médico en el centro y el número de actividades transversales de que se dispone, se establece la necesidad de ampliar la oferta.

Necesidad percibida: los usuarios del centro solicitan actividades diversas fuera de este con un fin ocioso. Por otro lado manifiestan a su vez conciencia respecto a los problemas, especialmente de tipo social, que poseen debido a su enfermedad. Con la hipoterapia, pretendemos dar salida a ambas peticiones.

Descripción del programa y de los objetivos planteados

Se denomina hipoterapia a la actividad rehabilitadora a través del cuidado (alimentación, higiene y adiestramiento) y paso cadencial del caballo. Consiste en aprovechar los movimientos tridimensionales del caballo para producir estímulos sobre el paciente. Este tipo de movimiento resulta ser el único, en el reino animal, semejante al del ser humano. Además el contacto con el caballo y el entorno novedoso y estructurado en que se desarrolla la actividad aporta facetas terapéuticas a niveles cognitivos, afectivos, comunicativos, conductuales y de personalidad. Por su naturalidad, la equitación terapéutica influye en la persona en su totalidad y el efecto en todo el cuerpo puede ser profundo.

Así establecemos los siguientes *objetivos*:

Generales

- Mejora de la afectividad
- Mejora de la socialización
- Mejora en el desempeño de tareas
- Mejora de la psicomotricidad (en caso necesario)

Específicos

- Mejorar problemas de conducta
- Disminución de la ansiedad
- Fomento de la autoconfianza y autoestima
- Toma de iniciativas y aumento de la actividad
- Incremento de la comunicación, de la interacción social y del interés por el entorno
- Capacidad de adaptación a nuevos entornos
- Sentimientos de gratificación y/o placer ante una actividad
- Asumir responsabilidades y desempeño de tareas
- Mejora de la atención y la concentración
- Estimulación del sistema sensomotriz

Operativos

- Conseguir el material necesario para llevar a cabo la actividad
- Realización de las sesiones en el horario previsto
- Asistencia y participación activa continua de al menos el 80% de los participantes
- Implicación de parte del personal en la supervisión y seguimiento del grupo
- Valoración positiva de la experiencia tanto por parte de los participantes como por el equipo de rehabilitación.

Desarrollo del programa-piloto (septiembre 2002 – marzo 2003)

Recursos materiales del programa

- o Vacunas antitetánicas (tanto el personal implicado como los pacientes han sido vacunados, como medida profiláctica, antes de comenzar la actividad).
- o Escalas de evaluación.
- o Furgoneta del C.R.P.Parayas para el desplazamiento hasta el centro de equitación.
- o Económicos: traslados y coste de las sesiones.

Perfil de los usuarios

Se ha formado un grupo de máximo 5 participantes. Dirigido, inicialmente, a aquellos que:

- Han obtenido pocos beneficios con otras terapias más tradicionales, utilizando esta alternativa paralelamente a las que ya se venían aplicando.
- Déficit en una o varias áreas en las que se espera puedan obtener beneficios con esta terapia.
- Sin sintomatología activa positiva significativa que dificulte o impida su adaptación a un nuevo ambiente y/o a las exigencias de la actividad.
- No existencia de patología orgánica incompatible con la actividad.

Evaluación de los usuarios

- Derivación desde su unidad de ingreso.

- Entrevista individual con la terapeuta ocupacional y la psicóloga clínica responsables. El objetivo será informar sobre el funcionamiento del grupo y el tratamiento a realizar, así como conocer sus expectativas, motivaciones, etc.
- Escala de Valoración de Conductas Adaptadas/Problema, de Autonomía y Socialización (diseñada, por las autoras del trabajo, para recoger la valoración realizada desde las unidades sobre el comportamiento de los pacientes antes de comenzar la actividad, durante y después de llevar un tiempo en ella). ANEXO I.
- Programa individualizado de rehabilitación: objetivos específicos a trabajar en las áreas de afectividad, sociabilidad y desempeño de tareas. Se plantearon unos objetivos concretos que se han ido valorando trimestralmente.
- Registros postsesiones del comportamiento de los participantes en las diferentes áreas trabajadas.

Equipo de trabajo

El centro de equitación posee las instalaciones adecuadas, así como personal cualificado, existiendo un gerente médico, y tres monitores de equitación.

Los recursos humanos utilizados desde nuestro centro han sido los siguientes:

- Una educadora y una terapeuta ocupacional, de modo presencial, durante las tres primeras sesiones. Una terapeuta ocupacional en las siguientes.
- Terapeuta ocupacional y psicóloga clínica en la planificación, desarrollo y evaluación del programa; así como en la evaluación inicial de los participantes, la selección de los objetivos específicos a trabajar con cada uno de ellos y en las evaluaciones trimestrales.
- Médico psiquiatra y psicóloga clínica en la evaluación psicopatológica y funcional.

Actividades del programa

A cada usuario se le asigna un caballo con el que trabajará durante todas las sesiones. El objetivo es que se establezca un vínculo afectivo con el animal que nos permita trabajar los déficits que presenta el usuario.

Agrupamos las actividades según los estímulos que proporcionen y el área que se trabaja, aunque hay aspectos como la afectividad que se trabaja transversalmente en todas las actividades. Así agrupamos las actividades en:

Actividades de desempeño de tareas: aseo y cuidado del caballo e instalaciones, cuidado y mantenimiento del material.

Actividades de monta: paseo (paso,trote), ejercicios de equilibrio y coordinación en el caballo, de orientación espacial, verticalidad y tono muscular entre otras.

Actividades de socialización: saludo, despedida, respeto de normas, trabajo en equipo, asumir responsabilidades, toma de iniciativas.

El programa-piloto en su conjunto se desarrolla a lo largo de seis meses y medio, incluyendo en este intervalo temporal todas las fases. En un primer momento se da a conocer el programa tanto a las unidades hospitalarias como a los responsables de las mismas.

Posteriormente, y de acuerdo a las derivaciones propuestas, se realiza la selección de los usuarios que se incluirán en este programa piloto. Antes de comenzar el tratamiento, la Terapeuta Ocupacional y Psicóloga Clínica realizaron una entrevista individual a cada sujeto. Se utilizó una Escala de Valoración de Conductas Adaptadas/Problema, de Autonomía y Socialización (diseñada para recoger la valoración realizada desde las unidades sobre el comportamiento de los usuarios antes de comenzar el tratamiento, durante este y una vez finalizado; aproximadamente cada tres meses). Ver ANEXO I.

Así mismo se realiza un programa individualizado, objetivos concretos a trabajar con los distintos pacientes, en las áreas de afectividad, comunicación, desempeño de tareas y psicomotricidad. Estos objetivos se han ido valorando trimestralmente y mediante registros postsesiones del comportamiento de los usuarios en las diferentes áreas trabajadas. Al finalizar la sesión se realiza la evaluación del proceso según las escalas y registros ya mencionados.

Las sesiones de hipoterapia se realizan en el centro de equitación, una vez a la semana durante 2-3 horas. Estas se estructuran en: saludo inicial, cuidado y aseo del caballo, monta, cuidado y mantenimiento del material utilizado y despedida.

RESULTADOS

Datos del programa 2002-2003

- Número de participantes 7 (6 hombres / 1 mujer)
- Edad media 30 años
- Asistencia media de los usuarios 100%
- Diagnósticos:
 - Esquizofrenia Paranoide 4
 - Esquizofrenia Residual 2
 - Esquizofrenia Desorganizada 1

Resultados de la escala de valoración de conductas adaptadas/problema, de autonomía y socialización (2002-2003)

Esta escala valora cinco áreas del funcionamiento diario del individuo: la higiene y apariencia personal, las relaciones sociales, la autonomía y desempeño de tareas, la afectividad y las conductas problema. Con el objetivo de apreciar si ha habido cambios y si estos se han generalizado, desde su comienzo en la actividad.

Ha sido diseñada para ser realizada por el personal auxiliar y/o enfermería de las unidades, dado que su trato con los usuarios es muy intenso. Se realiza en la evaluación inicial y en evaluaciones trimestrales, siendo lo deseable que sea realizada siempre por las mismas personas. Esto último no ha sido posible en todos los casos (turnos de trabajo, no estar ya en el centro el personal inicial, estar en otra unidad o recurso diferente...) lo que ha afectado a alguna de las

puntuaciones obtenidas, dada la visión subjetiva que las distintas personas tenemos respecto a los aspectos evaluados. (modelo de escala en ANEXO I).

Se puede apreciar una evolución positiva en todas las áreas, siendo más significativa en el desempeño de tareas (aprox. 12 puntos) y en la afectividad (aprox. 21 puntos). Se analiza también la relación de los resultados obtenidos con el diagnóstico clínico de los usuarios y su nivel de funcionamiento psicosocial. Apreciándose unos mayores beneficios en las personas con Esquizofrenia Residual y un nivel bajo de funcionamiento (síntomatología negativa), así como en aquellos con necesidades afectivas.

Desarrollo del programa segundo semestre 2007

Los criterios de inclusión de participantes así como los medios de derivación y evaluación han sido exactamente los mismos que se han utilizado desde el 2002. Manteniéndose igualmente el personal responsable.

Datos del programa durante el segundo semestre de 2007

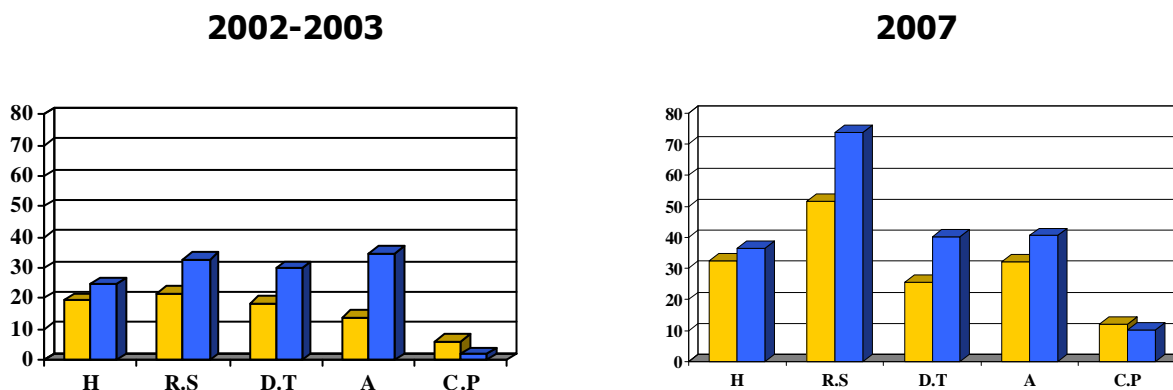
- Número de participantes 8 (3 hombres / 5 mujeres)
- Edad media 40 años
- Asistencia media de los usuarios 99%
- Diagnósticos:
 - Esquizofrenia Paranoide 3
 - Esquizofrenia Residual 1
 - Descompensación Psicótica 1
 - Trastorno de Personalidad 1
 - Episodio Depresivo mayor con sintomatología Psicótica 1
 - Trastorno Esquizoafectivo 1

Resultados escala de valoración de conductas adaptadas/problema, de autonomía y socialización (2º semestre 2007)

Se pueden apreciar beneficios significativos en todas las áreas, destacando los

obtenidos en el área de socialización (aprox. 22 puntos), desempeño de tareas (aprox. 14 puntos) y en la afectividad (aprox. 18 puntos).

Comparativa resultados puntuaciones medias en las diferentes áreas



Valoración inicial

Valoración final

Comparativa datos 2002-3 y 2007

Como puede observarse en las gráficas comparativas se sigue manteniendo en todas las áreas una mejora considerable, aunque también se observan diferencias entre ambas gráficas.

Lo que mas llama la atención es que el punto de partida de los participantes que corresponden al segundo semestre de 2007 es considerablemente mejor que el de los de 2003. Esto es debido a que en el 2003 el perfil de los participantes en la actividad era principalmente el de personas con las que otro tipo de terapias más tradicionales habían obtenido escasos resultados, con un funcionamiento defectuoso. A partir de esta experiencia se fue modificando progresivamente el perfil de los participantes, eliminando el criterio de inclusión "escasos beneficios en otras terapias más tradicionales". Incluyéndose personas con un nivel deficitario considerablemente menor en todas las áreas y con un menor deterioro social (se puede apreciar en la gráfica cómo en el 2007 las

personas partían de un mejor nivel en su capacidad para relacionarse socialmente y su mejora significativa).

Así mismo, habría que destacar que a pesar de que se ha trabajado con distintos diagnósticos clínicos, inicialmente se comenzó con esquizofrenias ampliándose progresivamente a diagnósticos variados. No siendo el diagnóstico un factor determinante para la inclusión en el programa sino más bien los déficits detectados. Este es uno de los motivos principales de la inclusión de personas con un perfil distinto al propuesto inicialmente, pero también habría que mencionar que los cambios estructurales que se produjeron en nuestro centro propiciarían un cambio en el perfil de los usuarios del mismo. Cambio motivado por la reestructuración de la asistencia sanitaria en salud mental en nuestra Comunidad Autónoma y la adaptación a un modelo de normalización e integración en la comunidad.

Pero lo mas destacado y la razón por la que consideramos que era interesante presentar este artículo es que los resultados son positivos a pesar de que cambien las características de los participantes y que las mejoras se mantienen en el tiempo proporcionando una rehabilitación mas rápida, completa y de mayor calidad de vida para los participantes, así como una fuente de satisfacción.

CONCLUSIONES

Consideramos, que en general, la actividad ha demostrado su eficacia en la obtención de los beneficios esperados para nuestros usuarios, produciéndose una mejoría en las áreas valoradas como deficitarias. Mejoría que comienza a apreciarse en un periodo breve de tiempo y que se generaliza a otros ámbitos de la vida de estas personas.

No sin olvidar que esta actividad terapéutica es una parte del tratamiento integral que reciben los usuarios, ya que paralelamente reciben otros tratamientos que también estarán incidiendo en su evolución¹.

¹ V Curso Superior de Educación Sanitaria: Animales de compañía y salud. Diputación Regional de Cantabria. 1995-1996.

A la vista de los resultados obtenidos en el programa-piloto consideramos interesante continuar esta actividad e incorporarla a la carta de servicios de C.R.P.P. La experiencia acumulada en su desarrollo en años posteriores, hasta la actualidad, ha ratificado su eficacia en personas con T.M.C.

Las áreas en las que se han apreciado mejoras más significativas, independientemente del perfil de los usuarios (diagnóstico, edad, sexo, años de evolución de la enfermedad,...) han sido:

Desempeño tareas (aspectos mejorados):

Mayor organización del pensamiento, mayor organización del comportamiento que se refleja en la comprensión y seguimiento de órdenes verbales tanto simples como complejas, en nivel de concentración en la tarea, la planificación y secuenciación de los pasos a realizar, en la memorización (especialmente a corto plazo) y en la calidad de las ejecuciones. Así mismo, aumenta en número de iniciativas por parte de los participantes y en consecuencia su nivel o grado de actividad en general, asumiendo mayor número de responsabilidades.

Afectividad (aspectos mejorados):

Se observa una clara mejora en el estado de ánimo general: los participantes se muestran satisfechos y contentos y lo exteriorizan mediante sonrisas y verbalizaciones. Hay una mayor tolerancia a la frustración y tiende a desaparecer la evitación de nuevas situaciones mejorando el afrontamiento de las mismas. Se muestra gran interés por conocer todo el entorno que rodea al caballo, tanto a nivel del centro en sí, como de la forma de vida de estos animales y sus necesidades, razas, tipos, diferencias... lo cual contribuye a romper el aislamiento y superar la apatía que caracteriza a este tipo de pacientes proporcionándoles una actividad en la que son capaces de llevar a cabo actividades y superar situaciones que parecían imposibles, mejorando notablemente su autoestima y su autoimagen proporcionando emociones positivas y agradables.

ANEXO I: ESCALA DE VALORACIÓN DE CONDUCTAS ADAPTADAS /PROBLEMA, DE AUTONOMÍA Y SOCIALIZACIÓN

Tiempo de muestra: últimos 30 días.

Puntuaciones: de 1 (más baja) a 5 (más alta). Poner una cruz en la casilla adecuada.

ÁREA: HIGIENE Y APARIENCIA PERSONAL

Observaciones del personal:

FECHA DE LAS EVALUACIONES										
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1. Se ducha de forma autónoma										
2. Se peina diariamente										
3. Se afeita o cu - 257 -ida su barba/ se depila										
4. Se corta o cuida las uñas										
5. Hace su cama diariamente										
6. Si se mancha se cambia de ropa										
7. Aspecto limpio y cuidado										
8. Cuidado y orden de sus cosas										

Observaciones de los entrevistadores:

FECHA DE LAS EVALUACIONES										
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1. Cara , brazos, manos se observan limpios										
2. El pelo está limpio										
3. Su ropa parece limpia y arreglada										
4. La ropa es coherente con la época del										

año											
------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ÁREA: RELACIONES SOCIALES

Observaciones del personal:

FECHA DE LAS EVALUACIONES										
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1. Inicia conversaciones con el personal										
2. Se sitúa cerca del personal										
3. Mantiene conversaciones con el personal										
4. Inicia conversaciones con compañeros										
5. Mantiene conversaciones con compañeros										
6. Escucha a otros										
7. Su conversación es sensata y coherente										
8. Saluda al entrar o salir de la unidad										
9. Mira a los ojos cuando habla										
10. Mira a los ojos cuando le hablan										
11. Mantiene la mirada										
12. Habla en grupo										
13. Se relaciona con compañeros										
14. Ayuda a otras personas										

Observaciones de los entrevistadores:

FECHA DE LAS EVALUACIONES										
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1. Mira a los ojos cuando le hablan										

2. Mira a los ojos cuando habla										
3. Mantiene la mirada										
4. Postura adecuada										
5. Escucha cuando le hablan										
6. Modales y educación										
7. Puntualidad										

ÁREA: AUTONOMÍA Y DESEMPEÑO DE TAREAS

Observaciones del personal:

FECHA DE LAS EVALUACIONES										
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1. Realiza actividades en el centro										
2. Realiza actividades fuera del centro										
3. Cumple con sus compromisos										
4. Comprende las órdenes verbales simples										
5. Comprende las órdenes verbales compl.										
6. Sigue las instrucciones										
7. Colabora en alguna actividad										
8. Termina las cosas que empieza										
9. Resuelve problemas de forma independiente										

ÁREA: AFECTIVIDAD

Observaciones del personal:

FECHA DE LAS EVALUACIONES										
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

1. Estado de ánimo										
2. Tolerancia a la frustración										
3. Se le observa tranquilo										
4. Sonríe										
5. Muestra interés por las cosas										
6. Se muestra satisfecho con las cosas										
7. Muestra interés por estar con personas										
8. Demanda de atención										
9. Satisfacción relaciones con su familia										
10. Solicita salir del centro solo										
11. Solicita salir del centro acompañado										

ÁREA: CONDUCTAS PROBLEMA

Puntuación: de 1 (no se da esa conducta) a 5 (la conducta aparece con alta frecuencia)

Observaciones del personal:

FECHA DE LAS EVALUACIONES										
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1. Autolesiones										
2. Gritos o insultos										
3. Enfrentamientos con compañeros										
4. Abandono de la unidad o centro sin permiso										
5. Irritabilidad cuando se le lleva la contraria										
6. Violencia física hacia otros										

7. Violencia física hacia objetos												
8. Incumplimiento de las normas												
9. Conductas disruptivas												
10. Robos												

BIBLIOGRAFÍA

1. Aldaz, J, Vazquez C. Esquizofrenia: Fundamentos Psicológicos y Psiquiátricos de la Rehabilitación. 1ª ed. Madrid: Siglo XXI de España Editores S.A.; 1996.
2. Autores varios. El hombre y los animales de compañía: Beneficios para la salud. En: I y II Congreso Internacional. 2ª ed. Barcelona: Fondo editorial Fundación Purina; 1992- 1994.
3. Durante Molina P, Noya Arnaiz B. Terapia ocupacional en salud mental: principios y práctica. 1ª ed. Barcelona: Masson S.A.; 1998.
4. Liberman, R. Rehabilitación integral del enfermo mental crónico. 1ª ed. Barcelona: Martines Roca; 1993.
5. Osejo Psiqu-Lautra, E. Equitación terapéutica. En: XIII Salón internacional del caballo. Jornadas internacionales. Barcelona; Fundación CIREM; 2001
6. Pérez-Llantada M C, López de la Llave A. Evaluación de programas de salud y servicios sociales: metodología y ejemplos. Madrid: Dyckinson. 1999.
7. Rodríguez González A. Rehabilitación Psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos. Madrid: Pirámide. 1997.
8. Asociación de zooterapia de Extremadura. Arte a Caballo: Hipoterapia. Rev todo caballo. P 1-11
9. Fundación María Rivero. Que es la hipoterapia [sede web]. Valencia: Fundación María Rivero; 1998 - [actualizada el 3 de agosto de 2008; acceso 12 de enero de 2009]. Disponible en: <http://centrohipoterapia.galeon.com/index.htm>
10. En plenitud.com. [sede web]. Madrid: En plenitud.com; 2000 [acceso 12 de enero de 2009]. De Salamanca I. Terapia Asistida con animales. Disponible en <http://www.enplenitud.com/nota.asp?articulo=1715>