



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Centro de Estudios de Postgrado



**UNIVERSIDAD INTERNACIONAL
DE ANDALUCÍA**
Oficina de Postgrado

Trabajo Fin de Máster

**EFFECTOS DE LA INTERVENCIÓN
ASISTIDA CON CABALLOS EN
MENORES CON EXPERIENCIAS
TRAUMÁTICAS EN ACOGIMIENTO
RESIDENCIAL:
UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA**

Estudiante: Kohler, Caroline

Tutor/a/es: Rucabado-Sala, Anna María
Fernández Andrade, Rocío

Septiembre, 2021

Índice

1	INTRODUCCIÓN	1
	Objetivo	4
	Desarrollo del trabajo	5
1.1	Menores en acogimiento residencial	6
	Acogimiento residencial en España	6
	Términos que corresponden a acogimiento residencial	7
2	EL APOYO PSICOSOCIAL SEGÚN LA TRAUMAPÄDAGOGIK	8
2.1	El termino Traumapädagogik	8
	El término trauma	9
	Subtipos del trauma	9
	Trastorno de estrés postraumático complejo	10
	Creación de un trauma	11
	Procesos fisiológicos y psicológicos durante el trauma	12
2.2	Los estándares de la BAG Traumapädagogik para menores en acogimiento residencial	14
	Actitud básica de Traumapädagogik	15
	Estándares al empoderamiento de los/as niños/as	16
3	INTERVENCIONES ASISTIDAS CON ANIMALES	19
3.1	Raíces históricas de las intervenciones asistidas con animales	19
3.2	Terminología y clasificaciones de las Intervenciones Asistidas con Animales	20
	Terapia Asistida con Animales (TAA)	21
	Educación Asistida con Animales:	22
	Actividades Asistidas con Animales (AAA):	22
3.3	La hipótesis de la biofilia	23
3.4	El caballo como animal de intervención	24
	Intervenciones asistidas con Caballos	25
	Hipoterapia	25
	Intervenciones Sociales y Psicológicas con Caballos	26
	El bienestar del caballo de Intervención	27
3.5	El bienestar del animal como factor de seguridad	28
	Bienestar del participante	30

4	METODOLOGÍA	30
4.1	Estrategia de búsqueda	30
	Criterios de Elegibilidad	31
	Procedimiento de la selección	31
5	RESULTADOS	33
5.1	Presentación de los estudios incluidos	33
	Muestra	34
	Programa de Intervención	34
	Tipo de estudio	34
	Objetivos	34
5.2	Resumen de los resultados	35
	Estudio israelí de Bachi et al. (2012)	35
	Estudio estadounidense de Mueller y McCullough (2017)	35
	Estudio español 1 de Balluerka et al. (2014)	35
	Estudio español 2 de Balluerka et al. (2015)	36
	Estudio español 3 de Balluerka et al. (2017)	36
6	DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN	36
6.1	Grupo 1	37
	Pedagogía del apego	37
	Fomento de la gestión emocional	38
	Participación social y Participación a la sociedad	38
6.2	Grupo 2	39
	Fomento de la resistencia física y psicológica (resiliencia)	39
	Fomento de la autorregulación	41
6.3	Grupo 3	41
	Fomento de la autocomprensión y fomento de la percepción corporal y sensorial	41
	Conclusiones sobre los beneficios de la IAC con niños traumatizados en acogimiento residencial	42
7	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43
	ANEXOS	1

1 Introducción

La Convención sobre los Derechos del Niño adoptada por la ONU (1989) incluye, entre otros, los derechos a la protección y prevención de todas las formas de violencia, así como los derechos al desarrollo y a la supervivencia (Mundaca y Flores, 2014). A veces, proteger estos derechos significa separar a los menores de sus familias, pero es precisamente en este punto donde suele surgir un dilema para el bienestar de los niños y niñas afectados/as.

Aunque se trata de una medida destinada a proteger el bienestar de los más vulnerables de la familia, la separación de ésta también conlleva riesgos para su desarrollo. En esta línea, ya en 1973 el fundador de la teoría del apego, John Bowlby (1973), describió el problema de que los/as niños/as “(...)se desarrollan mejor en los malos hogares de sus familias que en los buenos hogares institucionales(...)” (p. 96).

Aunque el movimiento de reforma a partir de 1970 ha provocado muchos cambios en las condiciones del acogimiento residencial, tanto estudios de los EE. UU como de la UE confirman que los y las niños y niñas que crecen en acogimientos residenciales todavía se encuentran entre los grupos más vulnerables de nuestra sociedad. Suelen tener menos Resiliencia y más factores de riesgo relacionados con el entorno que los hacen más vulnerables respecto a problemas de salud mental. Estos factores de riesgo incluyen la pobreza, las familias desvinculadas, el abandono, los abusos sexuales y físicos y la ruptura de relaciones (Burns et al., 2004; Ford, Vostanis, Meltzer, & Goodman, 2007; Meltzer, Great Britain, Office for National Statistics, & Social Survey Division, 2003; Richardson & Lelliott, 2003).

Del mismo modo, en lo que respecta a los problemas de comportamiento y emocionales, la investigación muestra una mayor probabilidad de presentar problemas en estas áreas comparado con los/as niños/as que pueden vivir en sus familias (Rutter, 2000; Sempik, Ward y Darker, 2008).

También respecto a la prevalencia de trastornos mentales se muestran cifras preocupantes. Así pues, Schmid, Goldbeck, Nuetzel, & Fegert (2008) hallaron que sólo el 42% de los/as niños/as alemanes viviendo en dichas condiciones no tenía diagnóstico de un trastorno psicológico. El 39%, en cambio, tenía dos o más diagnósticos según la Clasificación Internacional de Enfermedades 10.^a edición (CIE-10).

No obstante, hay que mencionar que no todos los/as niños/as o jóvenes acogidos están necesariamente enfermos o con problemas de comportamiento. Sin embargo, también parece obvio que las condiciones existentes en los hogares no logran satisfacer las necesidades

especiales en muchos casos, lo que también se puede ver en el debate público sobre la manera de atender a estos/as niños/as. Las discusiones públicas sobre la eficacia de sus medidas no sólo han surgido en la última década, pero se ha visto alimentadas en algunos países de Europa Central, como Suiza y Alemania, por el hecho de que cada vez más niños/as y adolescentes se comportan de tal manera que son trasladados de un centro a otro o pasan constantemente de la psiquiatría infantil a un grupo residencial (Schmid, 2013).

Los hogares se sienten sobrecargados por la necesidad de apoyo pedagógico y psicológico que estos menores necesitan y que no pueden proporcionar en un grupo normal; las oficinas de asistencia a la juventud están saturadas por encontrar instalaciones para esos niños/as o adolescentes; y la psiquiatría de niños/as y adolescentes por el hecho de que los/as menores prácticamente viven allí. Al mismo tiempo, esta práctica de trasladar a los menores de una medida a otra, de un centro al otro, conlleva todavía más riesgos tanto para el menor como para la sociedad. Así el estudio de Ryan y Testa (2005) destacó una conexión entre las rupturas de relaciones, es decir, cada expulsión de un centro de acogida o del acogimiento familiar, y la gravedad y el número de actos de violencia posteriores cometidos por los jóvenes.

También demostró que existía una correlación entre las experiencias traumáticas de los menores y la probabilidad de ser víctimas de esta práctica de desplazamiento continuo, o sea de no poder encontrar un lugar adecuado en el que se les pudiera proporcionar una ayuda acorde con sus necesidades. Los estudios de evaluación de las medidas a la protección infantil (EVAS) se han utilizado para evaluar las medidas individuales de protección de la infancia en Alemania desde 1999. Allí, las características de aquellos/as niños y niñas que experimentaron muchas interrupciones de medidas o cambios de centros resultaron ser experiencias traumáticas (Macsenaere, 2014).

Estos resultados coinciden con el análisis de los menores suizos en un estudio piloto sobre la clarificación y la consecución de objetivos en las medidas de protección a la infancia (en acogimiento residencial). El 80% de los 582 niños y niñas declaró haber tenido al menos una experiencia traumática antes de su ingreso (Schmid, Kölch, Fegert, Schmeck, & MAZ.-Team, 2013). Cifras parecidas se muestran en el estudio sobre experiencias traumáticas de los/as menores en acogimiento residencial de 2008, donde los investigadores destacaron que un 75% de los 81 niños/as habían vivido un tipo de experiencias traumáticas previas y hasta el 50%, incluso varios tipos diferentes (los distintos tipos se definen más adelante en el trabajo); la mayoría de ellos por y en su entorno familiar inmediato, lo que puede tener un impacto en las consecuencias del trauma (Jaritz, Wiesinger, & Schmid, 2008).

Parece evidente que las experiencias traumáticas desempeñan un papel central en la atención residencial y, por lo tanto, la orientación pedagógica debería tener en cuenta las consecuencias, los síntomas y los retos que se derivan de ellas.

Desde el punto de vista del trabajo social, hay un concepto que implementa los conocimientos de los hallazgos sobre el trauma psicológico (psicotraumatología), ya que según Gahleitner (2013) hay que tener en cuenta que el trauma psicológico capta al individuo en su integridad biopsicosocial y por lo tanto se debe también intervenir de manera integral (p.46).

El estudio Adverse Childhood Experience (ACE), por ejemplo, muestra que los traumas no resueltos en la infancia no únicamente son una carga para la salud mental sino también conducen con mayor una frecuencia a enfermedades orgánicas, pobreza, desempleo, falta de vivienda y peligro social más adelante (Felitti et al., 1998; Felitti, Fink, Fishkin, & Anda, 2007).

La conexión de las dinámicas socialmente excluyentes también debe entenderse bajo el aspecto de la implementación de la participación e inclusión social como una indicación de la insuficiente implementación de la Convención de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad para estos/as menores (S. B. Gahleitner, 2013). Además, los traumas psicológicos pueden conllevar problemas de apego y en la formación de relaciones de los/as niños/as (Löffler-Stastka, Parth, Lodermeier, Grassl, & Karwautz, 2014). Al mismo tiempo, la construcción y la configuración de las relaciones es un momento clave en el trabajo social y socioeducativo en centros de acogimiento residencial.

No es de extrañar que quienes trabajan sobre el terreno empezaran a responder a esta necesidad en una fase temprana. Así, el concepto pedagógico que aplica consecuentemente la psicotraumatología al apoyo psicosocial, la Traumapädagogik, tiene sus raíces en la práctica del acogimiento de niños/as fuera de su familia de origen (Schmid, 2013). En la década de 1990 se estableció como disciplina independiente y hoy en día es muy común en la atención a los/as niños/as en acogimiento residencial (Kühn, 2017; Weiß, Kessler, & Gahleitner, 2016). La Asociación de Traumapädagogik de Alemania (BAG Traumapädagogik) ha desarrollado estándares para la asistencia a los jóvenes en acogimiento residencial basados en el conocimiento de la psicotraumatología, que deben formular los requisitos estructurales, así como ser orientadores en términos de contenido pedagógico (BAG, 2011; S. B. Gahleitner, 2013; Lang et al., 2013; Schmid, 2013).

Estas normas facilitan la argumentación de los recursos necesarios y tienen como objetivo garantizar la calidad y profesionalidad del apoyo a estos/as niños/as. La popularidad del concepto se debe también al hecho de que la Traumapädagogik ha sido identificada como un factor de impacto positivo en los estudios EVAS en Alemania (Macsenaere, 2017). En estos

estándares se establecen las áreas de apoyo en las que los/as menores deben recibir ofertas pedagógicas.

No obstante, hay que tener en cuenta que muchos jóvenes en acogimiento residencial no aceptan las intervenciones convencionales o no las llevan a cabo hasta el final (Attar-Schwartz, 2013; Balluerka, Muela, Amiano, Caldentey, & Aliri, 2017). En consecuencia, es especialmente necesario para estos jóvenes desarrollar intervenciones eficaces que puedan lograr una mayor aceptación y motivación a través de un medio diferente.

Las intervenciones asistidas con animales (IAA) podrían tener potencial para ello y ya existen varios metaanálisis y revisiones bibliográficas sobre sus beneficios psicosociales (Maujean, Pepping, & Kendall, 2015; Nimer & Lundahl, 2007). También sobre su impacto en el tratamiento del trastorno de estrés postraumático (TEPT), existen metaanálisis y revisiones bibliográficas sistemáticas (Germain, Wilkie, Milbourne, & Theule, 2018; Hediger et al., 2021) que concluyen que la IAA es un medio valioso en el ámbito de la psicología clínica y la psiquiatría. Sin embargo, no existe una revisión sistemática de los efectos de las intervenciones asistidas con caballos para niños y niñas en situación de acogimiento residencial. Teniendo en cuenta el argumento de López-Cepero (2019), el coordinador del manual “Animales de compañía y salud”, que dice sobre las IAA: “(...)los beneficios existen, pero no son ni mucho menos universales” (p.129). Este trabajo final de máster es una revisión de la literatura sobre los beneficios de la IAC para los/as jóvenes con experiencias traumáticas en el acogimiento residencial. Resulta la siguiente pregunta de investigación:

¿Qué beneficios podría tener la inclusión de un caballo para el apoyo según la Traumapädagogik en los/as menores en acogimiento residencial?

Para indicar conclusiones para el acompañamiento psicosocial de estos jóvenes, se utilizan como indicadores los estándares de Traumapädagogik (BAG, 2011). A través de una búsqueda sistemática de la literatura según el modelo PRISMA (Liberati et al., 2009), se buscarán las ventajas de incluir un caballo en las áreas destinadas de la Traumapädagogik (según los estándares de la BAG).

Objetivo

El objetivo de este trabajo es conocer los efectos ya investigados de la inclusión de un caballo en intervenciones que corresponden con los fines del concepto de la Traumapädagogik, para poder concluir en que áreas del apoyo de la Traumapädagogik con niños/as en acogimiento residencial, podría ser recomendable o no la inclusión de un caballo y en cuales hace falta más investigación para comprobar probables efectos.

Este trabajo tiene dos hipótesis que se van a comprobar: Según la literatura, hay efectos de la intervención asistida con caballos que muestran la idoneidad de la participación de un caballo en algunas áreas del apoyo psicosocial Traumapädagogik, pero en otras áreas de la Traumapädagogik la inclusión no resulta recomendable.

La segunda hipótesis es que no todas las áreas de las normas han sido probadas en estudios aún.

Desarrollo del trabajo

La Traumapädagogik es un concepto para los/las niños/as en acogimiento residencial y reconocido en Alemania, pero a nivel internacional no es muy popular, por lo que la primera parte del trabajo se centra en la presentación de dicho concepto. Ya que el acogimiento residencial es una medida estatal, ante de todo se hará una breve referencia al marco legal de esta medida a la protección infantil, así como una aclaración de los términos utilizados, luego se introduce el concepto Traumapädagogik. Para entender los estándares de la Traumapädagogik, se aclara primero lo que quiere decir el término Traumapädagogik, después se profundiza en el trauma para crear una base de conocimientos sobre el trauma psicológico en niños/as. El capítulo termina con la presentación de los estándares según la BAG Traumapädagogik.

En el apartado 3 se introducen las Intervenciones asistidas con caballos, donde también encontrará su descripción.

En el apartado 4 se presenta el procedimiento metodológico de la búsqueda sistemática siguiendo al protocolo PRISMA y la selección de los estudios revisados. Es decir, se acotan los criterios de inclusión, exclusión y las bases de datos consultadas, así como el proceso de la selección.

Después se presentan los resultados en una tabla para luego poder discutir y concluirlos en las áreas de apoyo según la Traumapädagogik. Con esta discusión y conclusión sobre los resultados encontrados termina el trabajo.

1.1 Menores en acogimiento residencial

La protección a la infancia no es sólo una cuestión nacional, sino que también está regulada internacionalmente por la Convención de la ONU sobre los Derechos del Niño (ONU, 1989). Los derechos del niño/a también justifican las medidas de protección de la infancia, como por ejemplo sacar a un/a menor de la familia para proteger su integridad. Sin embargo, estos derechos pueden considerarse más bien como un marco, ya que dejan a los países la tarea de interpretar y enfocar la protección de los derechos. Por lo tanto, las medidas de protección a la infancia de los distintos países de Europa deben considerarse en relación con la Convención sobre los Derechos del Niño.

Acogimiento residencial en España

En el sistema español de protección infantil esta definición corresponde a las medidas de la tutela y del acogimiento residencial. A continuación, se presenta un marco de los distintos servicios en el ámbito de los programas de protección a la infancia para poder después situar en contexto el grupo objetivo de este trabajo.

El marco administrativo queda regulado por el artículo 39 de la Constitución y por la Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia, que modificó el sistema protector anterior establecido por la Ley 1/1996. En la legislación se pueden diferenciar cinco tipos diferentes de medidas protectoras, la guarda, la tutela, el acogimiento residencial y familiar, así como las medidas de apoyo familiar y la adopción. Todos ellos tienen en común el objetivo de mantener cubiertas las necesidades fundamentales de los menores, sobre todo aquellos en situaciones de desamparo y riesgo.

El servicio de acogimiento residencial se había desarrollado en el contexto de la beneficencia eclesíastica, por lo que durante mucho tiempo fue conocida por su carácter institucional (Bravo, Amaia & Valle, Jorge F. del, 2007). Durante la década de 1980 se produjo el giro del criticado sistema macro-institucional hacia el sistema de mini-residencias y hogares tal y como los conocemos hoy en día. (Rodríguez Bravo, Quintanal Díaz, Melendro Estefanía, Marí Sáez, 2016). En la versión 11 de la Estadística básica de medidas a la protección a la infancia (EBMPI) se defina acogimiento residencial de la siguiente manera:

Medida protectora consistente en el cuidado y custodia del menor de edad, bien como contenido propio de la Tutela o con independencia de que ésta se haya asumido, cuando se lleva a efecto mediante el ingreso del menor de edad en un centro o establecimiento, sea propio o colaborador.

(Dirección General de Derechos de la Infancia y de la Adolescencia, 2020, p. 16)

De ello se puede concluir, por un lado, que la medida de acogimiento de residentes puede entenderse como la responsabilidad asumida por el Estado en el marco de la tutela o guarda y, por otro lado, que existen diferentes tipos dentro del acogimiento de residentes. Bravo y del Valle (2007) enumeran los siguientes tipos de hogares de acogida: “de los pequeños hasta tres años, hogares de primera acogida y emergencia, hogares de convivencia familiar, hogares de preparación para la independencia de adolescentes, hogares para adolescentes con problemas emocionales o conductuales” (p. 467).

Términos que corresponden a acogimiento residencial

En el mundo hispanohablante, existen diferentes términos que describen la medida de protección de retirar a un niño o menor de la familia de origen porque este entorno es un peligro para su integridad (Fernandez-Parra & Fernandez-Daza, 2013). En España los términos oficiales que se refieren a dicha medida son, "acogimiento residencial", „acogimiento familiar“ y “adopción” (Ley Orgánica 1/1996 de 15 de enero, de protección jurídica del menor de modificación del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil, de 15 de enero), mientras que en América latina se habla de "cuidado institucional", "colocación en entidad de atención, medida de abrigo o hogares de protección" (Delgado & Miranda, 2007; Fernandez-Parra & Fernandez-Daza, 2013; Gómez, Muñoz, & Haz, 2007; Ison-Zintilini & Morelato-Giménez, 2008). Para no confundir los diferentes conceptos debido a la terminología, pero poder utilizar literatura internacional, en esta tesis se utiliza literatura que corresponde a la definición de "state care" y su subforma "residential care", enumerada por Fernández del Valle (2014) en su comentario editorial de la revisión internacional de las medidas de protección infantil con separación familiar.

State care

Se refiere a situaciones en las que el gobierno o la autoridad local se hace cargo del cuidado de niños dependientes, que carecen de una familia que cumpla con las funciones de crianza y protección.

Residential care

Llevando a cabo la responsabilidad estatal de niños dependientes dentro de las medidas de protección infantil con separación familiar, “residential care” se refiere a programas residenciales donde los niños son atendidos en grupos con personal pagado o voluntarios.

2 El apoyo psicosocial según la Traumapädagogik

2.1 El termino Traumapädagogik

Traumapädagogik es una palabra alemana compuesta de *Trauma* y *Pädagogik*. *Trauma* tiene su raíz lingüística en el griego y significa herida (Dudenredaktion, s. f.-b). Existen diferentes contextos sociales en los que se utiliza el término. Así, se puede encontrar el uso de la palabra trauma en contextos legales, biológicos o médicos (Weiß, 2016). En esta tesis el trauma se utiliza en el sentido de trauma psicológico. Como ya se ha mencionado en la introducción de la tesis, desde la perspectiva del trabajo social, el trauma se entiende como proceso biopsicosocial que capta al ser humano en su integridad biopsicosocial y que puede ir acompañada de una alternancia dinámica entre los síntomas y los problemas a todos los niveles biopsicosociales (Kreiner, Schrimpf, & Pieh, 2015).

La segunda palabra *Pädagogik* también viene del griego antiguo y significa el arte de la educación (Dudenredaktion, s. f.-a).

La Traumapädagogik es, por tanto y según la enciclopedia de palabras alemanes el DUDEN: “la rama de la pedagogía que se ocupa de la educación de niños/as y adolescentes traumatizados psicológicamente” (Dudenredaktion, s. f.-c).

Más concretamente, es una rama de la pedagogía que apoya y empodera a las personas a manejar y superar su trauma en la vida cotidiana (Weiß, 2018).

La Traumapädagogik se ha desarrollado en la práctica socioeducativa con niños en acogimiento fuera de su familia. En la década de 1960 se estableció como disciplina independiente. Compuesta por varios conceptos y modelos explicativos, es un término colectivo para los métodos y conceptos que pretenden acompañar a los/as niños/as y adolescentes con experiencias traumáticas hacia una vida independiente.

Así pues, la Traumapädagogik incorpora en sus métodos y principios conocimientos de disciplinas como la psicotraumatología, el psicoanálisis, la teoría del apego y la neurobiología (Weiß, 2017). También hace referencia a otros conceptos socioeducativos como la pedagogía psicoanalítica, pedagogía para las personas con discapacidad, pedagogía emancipadora Weiß (2018) y el lugar seguro según Kühn (2008).

La base de la pedagogía sensible al trauma es construir una profunda comprensión de la realidad de los niños y jóvenes que hayan pasado eventos traumáticos (Baierl, 2016). Para ello, parece importante entender qué ocurre a las personas durante la situación traumática y qué consecuencias puede tener. Este capítulo estará orientado a la educación sobre el trauma y sus

consecuencias, ya que también forma parte de la psicoeducación en el contexto de la Traumapädagogik. En primer lugar, se aclara qué es el trauma y qué subtipos hay. Luego se ilustran las reacciones internas en una situación traumática y las posibles consecuencias después.

El término trauma

En la literatura el uso del término trauma no se distingue siempre claramente, ni de la situación traumática, ni de las reacciones y consecuencias ante estas. En este trabajo, el término trauma se utiliza para referirse a las reacciones psicológicas ante un evento traumático.

En el libro de texto sobre la psicotraumatología, Fischer y Riedesser (2009) definen el trauma de la siguiente manera:

(...) una experiencia de discrepancia vital entre los factores situacionales amenazantes y las opciones de afrontamiento del individuo, que va acompañada de sentimientos de impotencia y abandono indefenso, lo que provoca una sacudida duradera de la autoestima y del mundo.

(Fischer & Riedesser, 2009, p. 84)

Subtipos del trauma

En la bibliografía se distingue entre traumas no personales, como las catástrofes naturales, y traumas interpersonales, como el abandono, los efectos de la guerra o la tortura, así como la violencia física y sexual. Las traumas interpersonales suelen provocar secuelas psicológicas más graves en las personas afectadas que las traumas no personales (Reddemann, 2005).

Además, se distingue entre los traumas de tipo I, que son acontecimientos puntuales, por ejemplo, las catástrofes naturales, y los de tipo II, que también se denominan traumas complejos. Los traumas de tipo II suelen incluir traumas personales secuenciales y de larga duración, especialmente en el entorno cercano/ en la familia a través de, por ejemplo, abusos, tortura, violencia sexual, encarcelamiento, abandono, así como los efectos de la guerra y de la huida en este contexto. Los traumas de tipo I suelen ser más fáciles de procesar, pero los niños en acogimiento residencial suelen tener experiencias traumáticas del tipo II, interpersonales y que no ocurrieron una sola vez (Reddemann, 2005).

Las consecuencias del trauma de tipo I pueden ser bien captadas por el diagnóstico de TEPT. Por el contrario, el traumatismo de tipo II puede repercutir en todo el desarrollo de la personalidad y puede dar lugar a diversas anomalías de comportamiento de varios trastornos mentales (Schmid, 2008).

Jaritz et al. (2008) investigaron la frecuencia de los traumas entre los niños acogidos en residencias juveniles. Se descubrió que el 72% de los niños acogidos de la muestra tenían

experiencias traumáticas de abandono. El 50% de los niños fueron testigos de violencia física o sexual y el 35% fueron ellos mismos víctimas de abusos físicos. Con un 31%, el abuso emocional es también una experiencia traumática común entre los niños y adolescentes estudiados. El 15% de los niños sufrieron abusos sexuales y el 5% accidentes graves.

Los traumas más frecuentes de los niños son potenciales desencadenantes del trauma de tipo II. Esto se recoge en el diagnóstico de trastorno por secuelas traumáticas complejas de la CIE-11. Como se mencionó al principio, esta nueva opción diagnóstica puede considerarse una respuesta a la falta de un diagnóstico para los problemas de los traumas complejos. Aunque no entra en vigor hasta 2022, ya se ha publicado en versión beta y se utiliza en este documento para definir el tipo de trauma del grupo objetivo. Dado que el DSM-IV, el otro sistema internacional de clasificación de la salud mental, no proporciona un diagnóstico correspondiente, sólo se considerará el de la CIE-11(Maercker, 2016).

Trastorno de estrés postraumático complejo

Según la CIE-11 el trastorno de estrés postraumático complejo es:

“ un trastorno que puede desarrollarse después de la exposición a un evento o una serie de eventos de naturaleza extremadamente amenazadora u horrible, eventos frecuentemente prolongados o repetitivos de los que resulta difícil o imposible escapar (por ejemplo, tortura, esclavitud, campañas de genocidio, violencia doméstica prolongada, abuso sexual o físico repetido en la infancia”

(WHO, s. f.).

Comparando las situaciones traumáticas de los niños en acogimiento residencial según el estudio de Jaritz et al.(2008)(véase arriba),se nota que corresponden a las descripciones sobre las situaciones traumáticas en la CIE-11.Los síntomas de TEPT complejo se juntan a los de TEPT clásico y son los siguientes:

“(…) el TEPT complejo se caracteriza por la gravedad y la persistencia de: 1) los problemas en la regulación del afecto; 2) las creencias respecto a sentirse uno mismo disminuido, derrotado o sin valor, así como sentimientos de vergüenza, culpa o fracaso relacionados con el evento traumático; y 3) las dificultades para mantener relaciones y sentirse cerca de los demás. Estos síntomas causan un deterioro significativo en la esfera personal, familiar, social, educativa, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento”

(WHO, s. f.).

Los síntomas de la TEPT clásica son intrusiones, a través de flashbacks, pesadillas, se habla de una “revivencia” provocada por modalidades sensoriales que suelen venir con emociones y sensaciones físicas fuertes. El segundo componente del TEPT consiste en la evitación de todo lo que recuerde el suceso y el tercer grupo de síntomas es el de la impresión persistente de estar en una situación amenazante, que se manifiesta, por ejemplo, en la hipervigilancia (WHO, s. f.).

Aquí se puede ver la característica de las consecuencias del trauma mencionadas al principio, que captan al individuo en su integridad y pueden tener consecuencias en el área del bienestar social, emocional, físico y mental de la persona. También se puede notar que en el punto 3) explícitamente se mencionan los problemas de mantener relaciones, lo que puede dificultar la creación de un vínculo como base pedagógica y señala una posible ventaja de incluir un animal, siendo un posible efecto de la IAA facilitar la creación de una relación congruente según los estudios de Chandler (2017) y Jenkins, Laux, Ritchie, & Tucker-Gail (2014).

En la siguiente parte, se examinan las reacciones y los procesos del organismo que pueden ser generados por una situación traumática.

Creación de un trauma

Ya se ha mencionado que el desarrollo de las consecuencias debido a los eventos traumáticos debe entenderse como un procedimiento dinámico. Este carácter dinámico y variable ya se puede notar en los procesos que ocurren durante la situación traumática. Si una situación se percibe como extremadamente peligrosa y amenazante, el cuerpo reacciona antes de que la conciencia pueda tomar una decisión (Baierl, 2016).

Así pues, las reacciones durante la situación traumática no se deben tanto a las propias decisiones, se trata más bien de un conjunto de reacciones neurobiológicas que, al concatenarse, dan lugar a un programa de emergencia biológica. Para entender mejor este proceso, se utiliza a modo ejemplar la reacción de un conejo ante una amenaza.

Si un conejo percibe la amenaza de un zorro, está inmediatamente preparado para actuar. Para él existe la posibilidad de a) luchar, b) huir del zorro o c) hacerse el muerto. La variación a) ya está excluida por su inferioridad natural, por lo que sólo queda la variación b) o c). Si la huida también parece imposible, por ejemplo, porque el zorro ya está demasiado cerca, la única opción que le queda es c) hacerse el muerto. Tanto para el conejo como para el ser humano, esta variante representa un gran riesgo para la salud. Muchos conejos mueren de un ataque al corazón cuando se congelan. Esto ocurre muy raramente con los humanos. Sin embargo, Gahleitner (2015) señala que la propia impotencia durante la congelación es lo que

experimentan más intensamente las personas afectadas después. El cerebro humano es un poco más complicado y ofrece una forma más de enfrentarse a una situación que se percibe como una amenaza para la vida. Así, a parte de las conocidas tres F("Fight-Flight- Freeze"), el ser humano también dispone de la posibilidad de apelar al sistema de apego. Cuando la lucha y la huida parecen imposibles, esta apelación se instala y se manifiesta en una postura de humildad, temblor y llanto. Esto es para dar a los amigos una señal de pedir ayuda y para impedir que los enemigos nos amenacen más (S. B. Gahleitner, 2015).

Entonces, los seres humanos disponen de estos cuatro sistemas secuenciales que pueden ponerse en marcha automáticamente en una situación de emergencia (Baierl, 2016).

Procesos fisiológicos y psicológicos durante el trauma

Fisiológicamente, durante el traumatismo se producen dos procesos distintos en una sucesión tan rápida que son prácticamente paralelos. El primero es el continuo de sobreexcitación, que incluye la lucha o la huida. La presión arterial y el pulso aumentan, la respiración aumenta, el tono muscular también aumenta, pero la percepción del dolor disminuye. Los procesos fisiológicos se manifiestan en un estado de alarma, miedo, sobresalto, acompañado de una activación del sistema adrenalínico y un cambio en el sistema serotoninérgico, que se manifiesta en impulsividad, afectividad o agresividad.

En el segundo proceso es el llamado continuo disociativo, donde el pulso y la presión arterial disminuyen, la respiración se hace más lenta y el tono muscular y la sensibilidad al dolor también disminuyen. Estos procesos van acompañados de una activación del sistema opioide, y es típica la disociación en la percepción sensorial y física. El continuo disociativo es también el adormecimiento / cumplimiento de las personas o un estado de euforia y anestesiado asignado.

No todas las personas que han vivido una situación traumática están consecuentemente traumatizadas. Si consiguen escapar o luchar, pueden incluso tener una experiencia de fortalecimiento en el sentido de "soy capaz de ayudarme a mí mismo". Si la apelación al sistema de apego funcionó, también se puede hacer una experiencia positiva como "me están ayudando".

Aunque se produzca una congelación del afectado en la situación, si la persona dispone de buenos factores protectoras (lo más importante en este caso son relaciones sociales estables y seguros), es menos probable que sufra consecuencias graves (S. B. Gahleitner & Rothdeutsch-Granzer, 2016). El estrés traumático surge en el momento en que las exigencias objetivas de la situación superan la totalidad de las capacidades del individuo en el contexto de la experiencia cotidiana (Kreiner et al., 2015, p. 80). Normalmente, dicho sistema de emergencia sólo se activa

si hay un peligro real. Sin embargo, si hay una activación muy fuerte o frecuente, las conexiones neuronales, debido a la activación de los dos continuos, se fortalecen. Como resultado, las vías se utilizan con más frecuencia y los niveles de estrés se vuelven crónicos. Incluso puede ocurrir que el sistema biológico de emergencia permanezca permanentemente activado (Baierl, 2016).

Parte de los efectos y problemas pueden explicarse por este estrés permanente en las personas. Los sistemas internos estresados tienen muchas otras tareas que se descuidan por poder centrarse en el programa de emergencia y, en consecuencia, pueden resultar desequilibrados. Barrett y Stone Fish (2016) llaman a este estado "mentalidad orientada a la supervivencia" (p. 32 traducido del alemán).

Para relacionar los efectos de estos procesos con problemas en la educación de los menores y aclarar los procesos psicológicos causados por el trauma, se expondrá un ejemplo de una situación en el día a día en un grupo de acogimiento residencial. Se explica a través del modelo "del cerebro tripartito" según Levine, Kline, & Jahn (2015):

En este modelo, el cerebro se divide en tres áreas de forma muy simplificada, pero por tanto más fácil de entender:

1. el área de recepción, la amígdala y el hipocampo: allí se evalúan los estímulos y la información entrantes y se decide qué esfuerzo puede dedicarse al procesamiento posterior de los estímulos y qué áreas cerebrales son las responsables del procesamiento.

2. el "cerebro del reptil" en el tronco cerebral, donde se asegura la supervivencia de nosotros y de nuestra especie. Aquí los procesos se activan y se ejecutan automáticamente para ser lo más rápidos posible. Los comportamientos de lucha, huida y congelación también pueden contarse entre los procesos que se producen en esta área del cerebro.

3. el "centro del jefe" en la corteza prefrontal: el pensamiento lógico tiene lugar en esta zona del cerebro. Los estímulos se procesan de forma lenta y consciente.

Si el área de recepción (amígdala+ hipocampo) clasifica ahora, por ejemplo, el estímulo "cuchara de cocina y ruido de golpes" como extremadamente peligroso debido a la repetida situación traumática en la que el niño fue golpeado contra el suelo con la ayuda de una cuchara de cocina, entonces lo percibirá como tal incluso en un contexto completamente nuevo. Por ejemplo, la educadora con una cuchara de cocina en la mano, que pide al niño que ponga la mesa con presión, puede ser suficiente como estímulo para que el procesamiento del estímulo pase directamente al cerebro del reptil y lleve, por ejemplo, a la reacción de lanzarle el vaso que el niño tiene en la mano. Las consecuencias, que son anunciadas por el pedagogo, no llegan a la zona de pensamiento lógico del cerebro del niño, por lo que no pueden ser comprendidas. Sin embargo, para el/la cuidador/a, sin conocimiento del trauma, es una situación que provoca

frustración y el sentimiento de impotencia respecto a la conducta agresiva del/la niño/a. Además, el niño en el estado de “freeze” (congelado), o sea, el estado disociativo, no hace ningún caso al/la cuidador/a, lo que fomenta la frustración o puede conducir a una intervención más fuerte.

Desde el punto de vista del/la menor, de repente siente que se encuentra en una situación extrema, sin poder entender cómo se ha producido. Experimenta otra pérdida de control y encima el/la profesional probablemente esté enfadado con él/ella y recibe consecuencias por su conducta agresiva.

Este ejemplo es una experiencia de un caso real, pero coincide con las problemas que surgen en el contexto de acogimiento residencial con niños traumatizados, nombrado por Schmid (2013). Según él, en el día a día pedagógico con estos niños predominan los problemas en la formación de las relaciones, los problemas en el área de la regulación de las emociones y la tolerancia al estrés, los estados disociativos y los síntomas clásicos del TEPT.

Las normas pedagógicas sobre el trauma del BAG pueden considerarse una respuesta a estos problemas y a las necesidades subyacentes de los niños traumatizados en dicho contexto. A continuación, se presentan las normas del BAG Traumapädagogik las áreas individuales de apoyo en la parte de auto-empoderamiento de los estándares, servirán posteriormente para clasificar los resultados de la búsqueda bibliográfica en el concepto de pedagogía del trauma.

2.2 Los estándares de la BAG Traumapädagogik para menores en acogimiento residencial

Existe una asociación nacional la Bundesarbeitsgemeinschaft Traumapädagogik (en siguiente BAG), en sus palabras la Traumapädagogik es "(...) la aplicación coherente de la psicotraumatología a la intervención socioeducativa de niños y adolescentes con experiencias de abandono, abuso y maltrato" (Lang et al., 2013, p. 56). El objetivo es "la estabilización social y emocional, así como el apoyo en la construcción de la autoestima y la confianza en el entorno" (BAG, 2011, p.4).

La BAG Traumapädagogik ha publicado estándares orientados a las necesidades específicas de menores en acogimiento residencial que han experimentado negligencia, maltrato o abuso. Estas directrices se estructuran en una actitud básica, estándares al empoderamiento, requisitos institucionales y para la colaboración interdisciplinaria, por ejemplo, de la educación, la oficina de asistencia a los/las jóvenes, la psiquiatría infantil y juvenil.

A continuación, se explica brevemente la actitud básica, luego se centrará más en los directrices de la parte del empoderamiento. Los estándares institucionales y para la

colaboración interdisciplinaria no se profundizarán, porque no importan respecto al objetivo de determinar áreas de apoyo según la Traumapädagogik para luego poder categorizar los resultados encontrados a través de la búsqueda sistemática.

Actitud básica de Traumapädagogik

Según la BAG, tener una actitud básica en común es importante, porque permite mejorar la comunicación y colaboración entre las distintas disciplinas profesionales y instituciones que apoyan a los/as menores, como por ejemplo entre el colegio y los/as profesionales de la educación, trabajadores/as sociales y psicólogos/as (Lang et al., 2013, p. 116).

La actitud básica consiste en cinco aspectos, cada uno se resume en un eslogan. Aquí se dará una breve explicación.

1. Suposición de la buena razón: *"¡Todo lo que una persona muestra tiene sentido en su desarrollo!"* (BAG, 2011, p.87).

Es decir, es un enfoque positivo orientado a la comprensión de la conducta y a los recursos de la persona. Como ya se ha señalado en el capítulo anterior, algunos comportamientos que muestran los niños o jóvenes en acogimiento residencial suponen un reto para una convivencia armoniosa. Así que se tiende a despreciar y criticar mucho las conductas que muestran los niños con el enfoque en cambiarlas (Lang et al., 2013).

No obstante, es importante tener en cuenta que estos comportamientos formaron parte de una estrategia de supervivencia en algún momento de la vida del/la menor. Entender estas conductas como un intento de asegurar la supervivencia permite al/la niño/a reflexionar sobre su comportamiento y la necesidad debajo y es, por tanto, un paso hacia conductas alternativas que le sirven más en su nuevo entorno (Lang et al., 2013). Además, siguiendo Weiß (2018), la asunción de una buena razón no significa estar siempre a favor de la conducta representada por el niño, pero facilita el aprecio hacia ellos, en la que consiste la segunda actitud básica de la Traumapädagogik.

La *tabla 1*, que se encuentra en los ANEXOS, contrasta la percepción de algunas conductas frecuentemente representadas por niños/as y jóvenes en acogimiento residencial entre el paradigma conductista y comprensivo.

2. Aprecio incondicional: *"¡Está bien como eres!"* (BAG, 2011, p.87).

Debido al entorno precario que han vivido los niños, es necesario que haya nuevas atribuciones positivas y respetuosas, así que experiencias correctivas, en las que el niño se siente apreciado (ibíd.).

3. Participación: *"Confío en ti, en que eres capaz de hacer cosas y no te exijo demasiado"* (BAG, 2011, p. 88).

Algunos adolescentes y niños/as están acostumbrados/as a no tener control sobre su vida, debido a sus experiencias traumáticas. Están convencidos de que no pueden influir en nada y describen este sentimiento de impotencia como el estado de ánimo normal. Si se permite a los jóvenes tener experiencias participativas, esto puede tener una influencia importante en su salud mental (BAG Traumapädagogik, 2011, p. 6).

4. Transparencia: *"¡Todo el mundo tiene derecho a la claridad en todo momento!"* (BAG, 2011, p. 89).

Según el BAG (2011), es importante tener en cuenta que los niños y adolescentes han experimentado a menudo que las normas y los acuerdos, así como las consecuencias, se han introducido de forma arbitraria, se han descuidado o se han suprimido.

Unas estructuras y procedimientos claramente comunicados y, por tanto, previsibles, pueden dar mucha seguridad a los jóvenes.

Según Weiß (2016) las decisiones que afectan a los jóvenes o a los/as niños/as deben ser siempre transparentes. Es decir, niños que han sufrido abusos de poder y jerarquía, necesitan claridad sobre qué, cuándo, dónde y por qué sucede algo.

5. Diversión y disfrute - *"Mucha alegría soporta mucha carga"* (BAG, 2011, p. 89).

Sentimientos negativos de miedo, vergüenza, asco, tristeza e impotencia inhiben la motivación, limitan la cognición y pueden alarmar el esquema traumático. De lo contrario, experiencias como "yo sé hacerlo", "es divertido", "quiero hacer eso"

contrarrestan con ligereza y optimismo y estimulan la capacidad de aprendizaje y creatividad (Lang et al., 2013).

Estándares al empoderamiento de los/as niños/as

Los estándares según la BAG para el empoderamiento de los niños se dividen en diez áreas diferentes. Dentro de estos ámbitos, las normas se formulan a nivel del/la menor y a nivel del educador/trabajador social, ya que la Traumapädagogik abarca la tríada institución-educador-niño/a. Para entender el esquema de los estándares, se presenta la primera área en su totalidad, los otros resumiendo su contenido. Los estándares presentados y su contenido son extraídos de (BAG, 2011, pp. 7-14):

Promoción de la autocomprensión.

Las normas que se refieren a los/as educadores/as son:

- Los/as profesionales de la educación saben lo que ocurre en la mente y el cuerpo, especialmente durante el estrés y el trauma.
- Los/as profesionales de la educación aprenden a comprender sus propias reacciones de estrés.

- Los/as profesionales de la educación ven los comportamientos desde la perspectiva de que son lógicos desde el punto de vista del desarrollo individual y muy significativos.
- Esto se aplica al comportamiento de los/as niños/as y jóvenes, así como al de los padres u otras personas de referencia importantes, al de los compañeros y al propio.

A nivel de infancia y adolescencia los estándares relacionados son:

- Se ofrece al/la menor aprender, según su etapa de desarrollo, lo que ocurre en su cerebro y su cuerpo, especialmente durante el estrés y el trauma.
- Se ofrece a buscar con ellos las razones significativas de sus comportamientos y reacciones y a desarrollar y asegurar ideas para un comportamiento alternativo.

(BAG Traumapädagogik, 2011, p.8)

Fomento de la percepción corporal y sensorial

Esta área de apoyo, trata, por un lado, de percibir y conocer conscientemente las propias sensaciones corporales y, por otro, de aprender las habilidades comunicativas para expresarlas. Se hace hincapié en el aprendizaje de las sensaciones corporales en relación con las emociones y en el aprendizaje de los efectos de las unidades de movimiento y relajación para poder afrontar de este modo los efectos típicos del trauma en el cuerpo (nivel de estrés, estados disociativos de separación de la cabeza y el cuerpo, síntomas somáticos, postura) (BAG Traumapädagogik, 2011).

Fomento de gestión emocional.

Esta área se centra en el desarrollo de la capacidad de reconocer y nombrar las propias emociones y las de los demás. Específicamente para el trauma, también es importante aprender sobre los estímulos extremadamente estresantes (inercia) y aprender formas de regular las emociones y el estrés. Otra norma en este ámbito es estabilizar emocionalmente a los/as niños/as en situaciones de crisis e inseguridad (BAG Traumapädagogik, 2011).

Promoción la resiliencia física y psicológica.

En esta área de apoyo se hace hincapié en las capacidades e intereses existentes de los/as menores, así como de los/as profesionales de la educación. La promoción de la resiliencia psicológica y física de éstos también forma parte de este ámbito de apoyo (BAG Traumapädagogik, 2011).

Fomento de la autorregulación

Esta área es diferente de la gestión emocional, en la que la atención se centra en el desarrollo de habilidades específicas para ayudar a lidiar con los flashbacks, los desencadenantes y la disociación en la vida cotidiana. Esto significa desarrollar una estrategia

de emergencia (o varias) para estos casos con el fin de empoderar al/la niño/a o al/la adolescente para que se enfrente a sus síntomas traumáticos por sí mismo/a (BAG Traumapädagogik, 2011).

Participación

Hay que animar a los/as niños/as en las cuatro etapas de la participación (información, participación, codeterminación, autodeterminación) o darles la oportunidad de codeterminar y participar en su vida cotidiana. El fomento de la participación también incluye la educación sobre los derechos de los niños de la ONU (BAG Traumapädagogik, 2011)..

Oportunidad de participación social

Este ámbito de apoyo se subdivide en la participación en la familia (teniendo en cuenta el efecto sobre la seguridad y la estabilización del/la niño/a), el contacto con los compañeros y la educación escolar.

En el caso del contacto con los compañeros, se centra en la promoción de habilidades sociales como el lenguaje, la empatía, el cambio de perspectiva, la cooperación, etc., pero también en la creación de un espacio de encuentro (actividades de ocio con otros, pertenencia a un club, etc.).

La promoción de la participación social en la educación escolar incluye opciones de apoyo individual que tienen en cuenta los estados emocionales relevantes para el trauma (vergüenza, culpa, miedo, humillación, expectativas de autoeficacia) y las posibilidades intelectuales (coeficiente intelectual, compulsión a la melancolía, tendencia a la disociación, falta de concentración, brotes de impulsividad) (BAG Traumapädagogik, 2011).

La pedagogía de grupo

La pedagogía de grupo específica para los traumas, según el BAG, consiste en educar a los/as menores y a los/as profesionales de esta área sobre las dinámicas y los problemas del grupo y practicar formas específicas de tratarlos. Se trata de fenómenos de transferencia y contratransferencia, dinámicas de la reexperimentación (por ejemplo, flashbacks, etc.) en el contexto del grupo, conductas manipulativas, cómo protegerse en relaciones con una diferencia del poder, entabicar cuestiones sexuales y tratar los miedos sociales (por ejemplo, el miedo a ciertas personas y situaciones, el miedo a la vergüenza, etc.).

Esto también incluye rondas y actividades de discusión grupal ancladas estructuralmente, así como transparencia sobre los temas que afectan al grupo (BAG Traumapädagogik, 2011).

La pedagogía del apego

En este aspecto, se trata de registrar y reflexionar sobre las experiencias de apego, así como de reforzar los comportamientos que promueven el apego (BAG Traumapädagogik, 2011).

La colaboración con los padres

En el trabajo con los padres se promoverá el trabajo biográfico de los niños y se les apoyará en el tratamiento de sus deseos familiares. Hay que elaborar un plan de apoyo individual de contacto con los padres. Las normas con respecto a los padres consisten en permitirles la mayor transparencia posible sobre el trabajo pedagógico y la institución, y en apoyarlos en su empatía, así como en el contacto con sus hijos.

Lo que concierne al equipo cuidador, los estándares de formar suficientes conocimientos sobre la crianza sistémica, las competencias interculturales y, al mismo tiempo, no bagatelar el mal comportamiento de los padres (BAG Traumapädagogik, 2011).

3 Intervenciones Asistidas con Animales

Las intervenciones con animales (IAA) se han hecho cada vez más populares en la última década, sobre todo en los ámbitos socioeducativos, clínicos y psicológicos (Ordoñez Pérez & Martos-Montes, 2019). Dichas intervenciones describen la introducción de un animal doméstico a una intervención profesional (IAHAIO, 2019). Los caballos son una especie que se asemeja a los humanos en la forma de convivir, en cuanto a su vida social compleja y algunos de sus comportamientos (Rees, 2019). A menudo se habla de él como una especie de espejo terapéutico que puede ofrecerse al cliente a través de su comportamiento. Según Kersten y Thomas (2000), estas características del caballo ofrecen la oportunidad de adquirir conocimientos sobre uno mismo en un entorno seguro, así como de entrenar la confianza, las habilidades de relación y la capacidad de resolver problemas.

3.1 Raíces históricas de las intervenciones asistidas con animales

La inclusión de un animal en los ámbitos de la salud ha acompañado a los seres humanos durante bastante tiempo. Según Serpell et al. (2010), las pruebas pueden remontarse incluso a la época prehistórica. A continuación, enumeramos brevemente las etapas más cercanas a la investigación científica como la conocemos hoy en día. El contenido está basado en los escritos de Fine (2015), Serpell et al., (2010) y López-Cepero Borrego (2019, pp. 28–31).

En el siglo XX Freud apuntó efectos de su perro Jofi en las sesiones psicoanalíticas, también son conocidos casos de esta época en los que veteranos de la primera guerra mundial recibieron la compañía de animales durante su rehabilitación psicológica.

A principios del siglo XX, la investigación en intervenciones asistidas con animales progresó fuertemente, lo que puede atribuirse a la investigación sistemática de Levinson.

Aunque los contemporáneos tenían opiniones mixtas sobre sus ideas, sus planteamientos dieron lugar a las intervenciones asistidas con animales tal y como se conocen hoy en día. En este sentido, el psicólogo estudió el efecto de su perro “Jingles” sobre la ansiedad y la motivación de sus pacientes respecto a la participación en las sesiones de terapia.

Con los trabajos de Levinson y las publicaciones del grupo en torno a Elizabeth y Samuel Corson, se avanzaba mucho en los conocimientos sobre los beneficios de la incorporación de animales en intervenciones del ámbito sanitario y psicológico. Desde hace 40 años, la investigación en intervenciones asistidas con animales tiene valor científico en varios campos.

Se puede ver que las intervenciones asistidas con animales tienen una larga historia, aunque el interés por involucrar a los animales se remonta más allá que la documentación científica de sus efectos concretos.

Aunque tiende a haber un interés en muchas profesiones por incluir a los animales en su trabajo, al mismo tiempo hay poco conocimiento exacto de en qué consisten (López-Cepero Borrego, 2019). Por ello, es aún más importante precisar los términos y la definición de la intervención asistida con animales utilizada en este trabajo.

3.2 Terminología y clasificaciones de las Intervenciones Asistidas con Animales

La International Association of Human-Animal Interaction Organizations (IAHAIO) es la asociación internacional de las organizaciones líder en el campo de interacción humano-animal con la misión de promover el bienestar de ambas partes, del humano y del animal. Así pues, una comisión compuesta por profesionales y académicos de varias disciplinas y campos de la interacción humano-animal juntaron sus conocimientos y sus experiencias para elaborar una definición coherente de las IAA así que directrices para los animales implicados.

Su propuesta publicada en el whitepaper puede considerarse una base vinculante para las IAA a nivel internacional, por tanto, también se utilizan para este trabajo.

Así, la IAHAIO (2018) define **la Intervención Asistida con Animales (IAA)** de la siguiente manera:

(...) es una intervención estructurada y orientada por objetivos, la cual, tiene como propósito obtener beneficios terapéuticos para los humanos, incorporando animales en el ámbito de la salud, de la educación, y en el ámbito social (ej. servicios sociales). Las IAA involucran a profesionales con conocimientos de las personas y de los animales involucrados. Las IAA incorporan al equipo Humano-Animal de manera formal, en las Terapias Asistidas con Animales (TAA), la Educación Asistida con Animales(EAA), y bajo ciertas circunstancias las Actividades Asistidas con Animales (AAA). También

incluye el Coaching Asistido con Animales (CAA). Todas estas intervenciones deberían ser desarrolladas e implementadas utilizando una aproximación interdisciplinaria (p.5).

Esto significa que se deben cumplir una serie de condiciones para cumplir con el carácter de una IAA. Así, el trabajo está orientado a objetivos que apoyan la mejora terapéutica, social y/o educativa en los clientes es una característica del IAA.

Además, estas intervenciones deben ser en uno de los tres ámbitos: salud, educación y social, y ser llevada a cabo por profesionales de la salud, educación o del ámbito social. Otro punto es que las personas que lleven a cabo la intervención deben estar familiarizadas profesionalmente con el grupo objetivo, así como con los animales implicados. Por ello parece lógico “una aproximación interdisciplinaria” tanto en el desarrollo como en la puesta en práctica.

El término IAA engloba a las TAA, las EAA y, en determinadas condiciones, las que se tratarán más adelante, a las AAA y las CAA.

Terapia Asistida con Animales (TAA)

Es una intervención terapéutica que se basa en la interacción y el vínculo del equipo humano-animal. Este equipo está formado por un profesional del ámbito de “(...) la salud, la educación, o del ámbito social, incluyendo por ejemplo a psicólogos/as y trabajadores/as sociales, siempre que persigan objetivos definidos y terapéuticos” (IAHAIO, 2018, p.5). Se presta especial atención a la aplicación por parte de un profesional. Continúa definiendo:

Las TAA son dirigidas por profesionales certificados y formados dentro de la práctica que desempeñe en la terapia. Éste, deberá poseer una licenciatura, título, o grado equivalente vigente. Las TAA se centran en desarrollar el funcionamiento físico, cognitivo, conductual, y/o socio-emocional del usuario específico, así como de forma grupal o individual. El profesional que realice las TAA, (o la persona que maneja el animal bajo la supervisión del profesional) deberá de tener un adecuado conocimiento sobre el comportamiento, las necesidades, la salud, y los indicadores de estrés de los animales involucrados. (IAHAIO, 2018, p. 5).

Llama la atención que la educación también se mencione como una posible disciplina en la definición de TAA, aunque las intervenciones asistidas con animales en la educación son una subforma propia. En la propuesta de la IAHAIO (2018) para el término EAA, se aclara lo que quiere decir. Así, una intervención de un/a educador/a especial se clasifica como TAA en función del objetivo.

Educación Asistida con Animales:

El TAA y el EAA tienen en común que son intervenciones estructuradas, pautadas y dirigidas. Una de las diferencias es que está en el ámbito educativo y, por lo tanto, también lo realiza un profesional de este campo. También en la EAA se hace referencia a la profesionalidad de los interventores y se exige una certificación de los mismos. De este modo, el IAHAIO escribe sobre los posibles objetivos y condiciones frente al ámbito técnico de la intervención:

Estas actividades tienen como objetivo el desarrollo académico, habilidades sociales, y funcionamiento cognitivo. El progreso del estudiante deberá ser evaluado y documentado. El profesional que realice las EAA, (o la persona que maneja el animal bajo la supervisión del profesional) deberá de tener un adecuado conocimiento sobre el comportamiento, las necesidades, la salud, y los indicadores de estrés de los animales involucrados (IAHAIO,2018, p.5).

Actividades Asistidas con Animales (AAA):

Las AAA se desvían del esquema habitual. Incluso existe un discurso profesional sobre su clasificación bajo las IAA, por lo que vale la pena examinar de cerca cómo ha evolucionado la definición en los últimos años.

En la propuesta de la IAHAIO de 2014, los AAA debían considerarse fuera a los IAA, pero se ponían comparativamente pocas calificaciones al equipo animal-humano que realizaba la intervención. Otro punto de desacuerdo es la cuestión de en qué marco puede tener lugar la AAA y qué tipo de objetivos se persiguen. En su versión de 2018, forman parte de la IAA, para lo cual quienes realicen el trabajo deben haber recibido por lo menos una introducción a la IAA.

En primer lugar, se considera la propuesta actual de la IAHAIO (2018). Aquí las AAA se diferencian de las TAA y las EAA en que no tienen que estar necesariamente planificadas y estructuradas. En otras palabras, pueden tener un carácter informal. También en esta interacción humano-animal se persiguen objetivos que pueden tener un carácter “(...) motivacional, educativo o recreativo” (IAHAIO, 2018, p.6). Mientras que la TAA y la EAA exigen del profesional tener un título certificado y ser autorizado, en la AAA se expresa más abiertamente respecto a su formación. En siguiente define: “Los equipos humano-animal deberán de haber recibido, como mínimo, un entrenamiento, preparación, y evaluación introductorios para poder participar en estas visitas informales” (IAHAIO, 2018, p.6).

Además, la AAA puede tener lugar como parte de un TAA o EAA si está acompañada por un experto en IAA y del campo de la EAA o/y TAA, o sea, si se cumplen las condiciones del TAA/EAA.Como ejemplo de una AAA bajo gestión y supervisión profesional del bienestar

animal, la IAHAIO enumera las siguientes situaciones: “(...) una crisis y/o desastre natural, la cual se centrará en proveer apoyo y consuelo a los supervivientes. Otro ejemplo de AAA podría ser una visita de saludo a centros geriátricos (IAHAIO, 2018, p.6)”.

En la anterior definición de 2014, la diferencia de nivel profesional era evidente. “Las AAA son interacciones o visitas informales, generalmente basadas en la labor voluntaria de un equipo humano-animal, que persiguen objetivos motivacionales, educativos y recreativos “(IAHAIO, 2014, p.4-5 citada en López-Cepero, 2019, p.39).

Aunque la definición actual difiere al exigir un nivel mínimo de formación del equipo humano-animal mientras que la definición anterior se refería claramente a la actuación de voluntarios, sigue existiendo una diferencia con los EAA y TAA, que deben ser realizados por una persona perteneciente a un grupo profesional del sector. Sin querer desmerecer el trabajo y la dedición de los voluntarios de las IAA, López-Cepero Borrego (2019) señala que para la profesionalización del trabajo asistido con animales también es importante someter a estándares profesionales todo lo que corre bajo el nombre de IAA.

Sin embargo, las muchas definiciones diferentes y los distintos términos utilizados en el campo de las Intervenciones asistidas crean confusión y desafíos (IAHAIO, 2018).

López-Cepero Borrego (2019) menciona una tabla de combinaciones de términos para una búsqueda sistemática que se elaboró por Borrego et al. (2014) en que se hizo evidente que algunos términos parecen haberse establecido en términos de frecuencia, pero no corresponden al consenso de contenido debatido en el campo.

3.3 La hipótesis de la biofilia

Al describir la hipótesis de la biofilia, Vernooij y Schneider (2013) hacen referencia al biólogo conductista y fundador de la sociobiología Edward O. Wilson. Este último supone que los seres humanos han desarrollado una conexión emocional, física y cognitiva biológicamente justificable con la naturaleza y una devoción emocional, física y cognitiva por sus seres vivos a lo largo de millones de años. La biofilia es la afinidad emocional del ser humano con otros seres vivos, que es innata y, por tanto, forma parte de la naturaleza humana (Vernooij & Schneider, 2013).

Según Penkowa (2014), el enfoque humano en los animales en un contexto evolutivo también tuvo una gran importancia para la supervivencia. El comportamiento de los animales era un indicador de los peligros que acechaban.

Esto también lo confirman Vernooij & Schneider (2013), que sostienen que los animales sirven a los humanos no sólo como alimento o ropa, sino también como compañeros en el

mismo hábitat o, por ejemplo, como compañeros de caza. Esta compañía en la caza era existencial para los humanos, ya que los animales advertían del peligro como se acaba de describir y los humanos podían obtener información sobre su entorno a partir del comportamiento de los animales.

Julius, Beetz, Kotrschal, Turner, & Uvnäs-Moberg (2014) describen la biofilia como un síndrome de rasgos sociales, emocionales y cognitivos que se considera específico de la especie humana y un factor importante de por qué los humanos han colonizado la tierra más a fondo que otras especies. En relación con la hipótesis de la biofilia, Penkova (2014) describe un vínculo instintivo entre los seres humanos y animales. Los humanos se fijan en los animales y se sienten atraídos por ellos, que, según él, se produce por una inclinación innata.

3.4 El caballo como animal de intervención

Según López-Cepero Borrego (2019), en general sólo se incluyen los animales domesticados para la IAA. La domesticación de las especies animales puede considerarse una manera de preselección por parte del ser humano. Entre las especies que acompañan al humano desde hace milenios de años se encuentran, por ejemplo, los gatos, los perros, caballos y los animales de granja. Subraya, además, que una intervención con animales salvajes, venenosos, amenazantes o enormes también expone a los participantes a un mayor peligro.

Para garantizar el bienestar de los animales introducidos, también existe una recomendación veterinaria de que los animales que participan en las intervenciones deben convivir con su cuidador/a (Lefebvre et al., 2008).

La IAHAIO (2018) también excluye a los animales salvajes, como los delfines, los elefantes, los monos o los reptiles, como posibles animales de intervención, argumentando que existe un mayor riesgo de zoonosis tanto para los animales como para los participantes, además los animales salvajes están expuestos a mayores niveles de estrés en el marco de una intervención y que su especie no es adaptada a la interacción social con los humanos.

En resumen, las especies de animales domésticos de compañía que se pueden incluir en intervenciones son aquellas que tienen buenas características de comportamiento y conviven con su humano. Incluso si el caballo rara vez vive en el hogar de su cuidador/a, sigue cumpliendo estos requisitos, ya que se pueden desarrollar vínculos estrechos entre el animal y el/la cuidador/a (López-Cepero Borrego, 2019).

Ya se han destacado los requisitos generales a las especies adecuadas para participar en una IAA y la idoneidad de los caballos. En el siguiente punto se describe brevemente la relación del caballo con el ser humano, para después destacar sus características especiales que lo

cualifican para las intervenciones y aclarar los términos en el contexto de la Intervención Asistida con Caballo (en siguiente IAC).

Intervenciones asistidas con Caballos

El análisis de Martos-Montes et al. (2015) muestra que en las IAA en España, además de los perros, los caballos son la especie animal más popularmente introducida. Que los caballos tengan una popularidad especial entre los humanos no es nada nuevo. Marín García (2019) señala que los caballos han servido al ser humano de alguna manera desde hace miles de años, antes de su domesticación como carne, y más tarde como medio de transporte. Aunque su anatomía, belleza y velocidad suelen estar en primer plano, los caballos tienen otras cualidades que a menudo pasan desapercibidas, pero que hacen de ellos un valioso compañero para los humanos. No reconocer y valorar estas características emocionales y sociales del caballo conlleva, en primer lugar, el peligro de anular las necesidades emocionales y sociales del caballo y, por tanto, poner en peligro su bienestar.

En segundo lugar, el ser humano pierde la oportunidad de disfrutar de estos rasgos que los etólogos como Hill (2013) o Rees (2019) consideran como extraordinario. En este sentido la etóloga Rees (2019) concluye de sus estudios sobre esta especie “Tenemos mucho que aprender, no solo sobre ellos, sino también de ellos (p.260).”

También en las intervenciones con caballos, las ventajas anatómicas del caballo suelen estar en primer plano, ya que los impulsos tridimensionales, debidos al paso rítmico y fluido junto al calor que disponen los caballos al jinete, pueden aportar ventajas para las áreas fisiológicas, motoras y sensoriales (Marín García, 2019).

Hipoterapia

Así, dentro de la IAC existe el término hipoterapia, que describe intervenciones por un fisioterapeuta, un terapeuta ocupacional o logopeda que aprovechan de los movimientos equinos como “(...)herramientas terapéuticas para involucrar los sistemas sensoriales, neuromotores y cognitivos con el fin de promover resultados funcionales” (AHA, 2019).

Según la Asociación de hipoterapia estadounidense, de ahora en adelante AHA, el término Hipoterapia no debe confundirse con la equitación terapéutica o la equitación adaptada. En esta última, el instructor de equitación certificado puede tener una cualificación adicional para trabajar con personas con funcionalidad diversa y adaptar las clases de equitación para que las personas puedan adquirir habilidades para montar. Estas clases especiales de equitación tienen como objetivo una actividad recreativa o pueden conducir a competiciones ecuestres.

Intervenciones Sociales y Psicológicas con Caballos

En las intervenciones psicológicas y sociales con caballos, la atención se centra más en las habilidades emocionales, comunicativas y sociales derivadas de la etología del caballo. Es decir, en estas intervenciones el enfoque no está en la monta del caballo, sino en la interacción y comunicación que a menudo resulta más fácil pie a tierra (Marín García, 2019).

A continuación, se exponen algunas conclusiones importantes de la etología equina para intervenciones en el ámbito social y psicológico.

La etología consiste en investigar el comportamiento de los animales salvajes en su entorno natural (Rees, 2019). En este campo, se descubrió que la especie equina comenzó a organizarse socialmente en grupos más pequeños ya en el Mioceno. Además, sus cuerpos comenzaron a adaptarse a la estrategia de huir y a la detección temprana de posibles enemigos. Dentro de su manada, hay vínculos estrechos entre los animales de tipo amistades y familiares, así como entre amigos. Rees (2019) incluso se refiere a esto como un sistema social, al que llama "defensa de los potros", ya que la división de roles dentro de la manada está organizada de una manera cooperativa para que las crías disfruten de la mayor seguridad y de las mejores condiciones de crianza posibles (p. 195). La armonía y una comunicación clara ayudan a que la manada tenga éxito en la libertad.

En contraste con el paradigma tradicional en la equitación de que los caballos tienen una jerarquía rígida entre ellos liderados por una yegua alfa, Rees (2019) muestra en sus estudios que los caballos en su entorno natural toman decisiones situativas y de una manera más democrática. Además, evitan pelearse por comida o agua, lo que Rees (2019) considera la base de la jerarquía en los caballos domesticados. Naturalmente los caballos se esfuerzan por lograr una interacción armoniosa siempre que sea posible por su propia seguridad, lo que incluye la sincronización entre los miembros de la manada tanto de forma lúdica como estrategia de huida (Rees, 2019).

Estas características cooperativas, comunicativas y sociales innatas del caballo pueden ser útiles para practicar la autorregulación, la inteligencia emocional y las habilidades sociales en los humanos (Bachi, Terkel, & Teichman, 2012; Balluerka, Muela, Amiano, & Caldentey, 2015; Marín García, 2019, p. 223; Wilson, Buultjens, Monfries, & Karimi, 2017).

El problema es que en la equitación tradicional no se suele mantener condiciones de vida que corresponden a su hábitat natural, por lo que en este entorno pueden producirse cambios de comportamiento, así como afectar al bienestar de los animales (Marín García, 2019; Rees, 2019). Es decir, ofreciendo a los caballos de intervención un entorno lo más parecido a su hábitat

natural en que pueden cubrir sus necesidades, puede tener una influencia positiva en el comportamiento del caballo de interactuar y vincularse con los participantes de la intervención.

La siguiente sección trata del concepto de bienestar y las directrices de los animales de intervención, así como las consideraciones para garantizar el bienestar del CI.

El bienestar del caballo de Intervención

Como se ha mencionado al principio del capítulo, el whitepaper de la IAHAIO (2018) también incluye directrices sobre el bienestar animal en las intervenciones. Allí se hace referencia al modelo One Health/ One Welfare.

Este concepto dice que hay una conexión entre el bienestar de los seres humanos y el mundo animal que los rodea. La OMS también apoya la tesis de un fuerte vínculo entre la salud humana y el animal. Mientras que el modelo de One Health establecía conexiones del desarrollo y la propagación de enfermedades entre humanos y animales ya en el siglo XIX, el enfoque interdisciplinario de One Welfare es una extensión más reciente de este modelo en que se añade el papel del medio ambiente (IAHAIO (versión inglesa), 2018).

Dicho de otro modo, si mejoramos la salud de los animales que nos rodean, esto también puede redundar en nuestro propio bienestar (Ordoñez, 2018 citado en Marín García, 2019, S. 223). Así, el medio ambiente, el bienestar animal y la salud humana forman una tríada interdependiente. La cuestión sigue siendo cómo definir el bienestar del animal. Sin embargo, no parece una tarea sencilla definir el bienestar de los animales de forma generalizada, ya que la valoración no sólo puede variar de una situación a otra del animal, sino que también depende del punto de vista y la cultura del observador. A menudo, la concepción cultural crea contradicciones, es decir, ciertos animales parecen estar excluidos de los derechos de los animales. López-Cepero Borrego (2019) da en su manual un ejemplo local de esta ambivalencia: por un lado, muchas personas en España (73%) quieren mejores condiciones de vida para los animales en la agricultura, 64% estarían incluso dispuestos a cambiar sus propios hábitos para esto (Comisión Europea, 2007). Además, el Código Penal tipifica como delito hacer daño injustificadamente a animales domesticados. Sin embargo, por otro lado, existe una excepción para las corridas de toros (Boletín Oficial del Estado, 2013).

No obstante, existen directrices oficiales para garantizar el bienestar de los animales. Así, en 1965 Brambell formuló cinco libertades de los animales, que fueron reeditadas en 2009 por el Consejo para el Bienestar de los Animales de granja británico:

Estar libres de sed, hambre y malnutrición, mediante el acceso a una dieta que permita mantener la salud y el vigor.

Estar libres de malestar físico y térmico, ofreciendo un entorno adecuado con cobijo y zonas donde descansar.

Estar libres de dolor, lesiones y enfermedades, mediante la prevención o el diagnóstico temprano y tratamiento.

Estar libres del miedo y el estrés, ofreciéndoles suficiente espacio, instalaciones adecuadas y compañía de otros animales de su misma especie.

Ser libres para expresar una conducta normalizada, asegurando las condiciones que eviten el sufrimiento psicológico

(FAWC, 2009, p. 2)

Las cinco libertades tienen puntos fuertes y débiles. Así, Carenzi y Verga (2009) critican que no contribuyen a proteger la calidad de vida de un ser sintiente sino que se centran en la parte física del bienestar animal. El argumento contrario reside en la verificabilidad y la claridad de la propuesta de Brambell. Estos principios se refieren a los animales en la ganadería, López-Cepero Borrego (2019) señala que sirven como marco básico también para los animales de intervención. Sin embargo, es necesario mantener un protocolo individual estándar que evalúa en plan tetradimensional. Es decir, la salud social, mental, emocional y física del animal antes, durante y después de la sesión de los animales de intervención (AI).

3.5 El bienestar del animal como factor de seguridad

El estudio de Fureix et al. (2010) en caballos domésticos, muestra una correlación entre el dolor crónico y conductas agresivas hacia los humanos. Por lo tanto, incluir los caballos geriátricos que tienden tener dolores o molestias, en una intervención, se puede considerar como un riesgo para el usuario. Lo que se busca en el comportamiento del AI según López-Cepero Borrego (2019), son los principios de fiabilidad, predictibilidad y controlabilidad.

En el caso de los caballos significa que los más adecuados son los que se comportan de acuerdo con su especie. Como se ha mencionado al principio del capítulo, la crianza adecuada a las necesidades de su especie y sus experiencias previas influyen en el comportamiento de un caballo. El caso habitual es que los caballos provengan de condiciones de confinamiento en una cuadra, con comida inadecuada y domados con métodos brutos. Estas condiciones favorecen un comportamiento alienado de su etología y puede desestabilizarlos a nivel emocional y mental. Sin embargo, dado que todos los caballos son adaptables y capaces de aprender, en principio estos caballos también se pueden incorporar a intervenciones. A través del aprendizaje social en la manada y de personas que conozcan los métodos de adiestramiento adecuados a la especie,

se puede facilitar el camino del caballo hacia un comportamiento natural (Marín García, 2019). Dorey et al. (2014) muestran que la doma natural (Natural Horsemanship) contribuye a la interacción humano-animal. Esto coincide con la recomendación de Marín García (2019) que también está a favor de utilizar la doma natural, siempre que el término se entienda como la etología aplicada. Es decir, aplicando los mismos principios de aprendizaje que usan los caballos naturalmente. Según Rees (2000), los principios de aprendizaje que corresponden a la naturaleza del caballo son la habituación y el del ensayo-error.

En cuanto a requisitos físicos de los CI, la Federación Española de Terapias Ecuestres pone mayor importancia a la conformación rectangular del caballo, a que los andares y pasos de éste sean estables y rítmicos para que facilite al jinete mantener el equilibrio y recibir los impulsos y la sensación del paso del caballo (Federación Española de Terapias Ecuestres citado en Marín García (2019, p. 223)). Sin embargo, no existe ninguna norma oficial que verifique si las CI cumplen con estos requisitos y parece contradictorio que, según Marín García (2019), los caballos viejos tiendan a ser utilizados en la práctica de la hipoterapia por su disposición tranquila, pero a menudo estos animales ya tienen lesiones y son simplemente demasiado viejos para el deporte, por lo que se utilizan en intervenciones. Según la fundadora de Psicoanimal, la edad óptima de un caballo de Intervención está entre los cinco y los veinte años.

En la preparación del caballo para las sesiones, es importante acostumbrarle al material de las intervenciones y a las situaciones típicas, como el ruido, las risas, muchas personas alrededor etc. (López-Cepero Borrego, 2019; Marín García, 2019). Establecer rituales de calentamiento, introducción, parte central y conclusión también han resultado buenas prácticas en la preparación del caballo. De este modo, el desarrollo de una sesión es predecible para el animal, lo que puede contribuir a su bienestar y a su comportamiento relajado.

En muchas situaciones durante la sesión, el caballo debe permanecer quieto. Esto es un reto para muchos caballos y debe ser entrenado de antemano, así como facilitado durante la sesión con material como por ejemplo piedras de sal mientras el caballo es cepillado. Además, la compañía de otro caballo amigo del animal de intervención puede aportar seguridad y tranquilidad tanto para el humano como para el animal (Marín García, 2019).

Parece evidente que se requiere la colaboración de varias profesiones y personas. Como mínimo un veterinario y un entrenador o experto en etología aplicada para garantizar el bienestar de un CI.

Bienestar del participante

Como se ha mencionado anteriormente, el modelo One Health también incluye el bienestar del participante. Esto significa que se toman todas las medidas posibles para minimizar los riesgos que conlleva una IAA. Entre ellas se encuentran las zoonosis, las alergias al pelo de los animales, las lesiones producidas por los caballos y las caídas al montar o la contraindicación de montar por la columna vertebral del participante.

Cuando se monta el caballo, es aconsejable, según el equilibrio y la edad del participante, que venga otra persona para ayudar al jinete a sujetarse al caballo. En este caso se trataría de una persona como seguridad del jinete, un/a cuidador/a de caballos y el profesional/experto de la intervención. Esto también significa que se presta especial atención a que el caballo se acostumbre a tener varias personas a su alrededor y a acompañarlo.

Por último, cabe mencionar el aspecto antropomorfo. Esto significa que la apariencia del animal es asociada por la gente con ciertas características. Según el colectivo, se pueden utilizar los prejuicios imperantes sobre el aspecto de un caballo (López-Cepero Borrego, 2019). Un pony, por ejemplo, suele ser considerado cariñoso y bastante inofensivo debido a su tamaño y proporciones. Por lo tanto, la elección de un poni de compañía podría ser la adecuada para los participantes con ansiedad.

4 Metodología

En este capítulo se presenta la estrategia de la búsqueda sistemática siguiendo el modelo PRISMA, un conjunto de elementos preferenciales para informar sobre revisiones sistemáticas y metanálisis (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) (Liberati et al., 2009).

4.1 Estrategia de búsqueda

En primer lugar, se determinaron las palabras clave y se seleccionaron las bases de datos, luego se introdujeron las palabras clave en las bases de datos elegidos.

Para tener una visión general del número de resultados se consultó tanto la plataforma de la biblioteca de la Universidad de Jaén (buscaenbuja.es), como bases de datos específicas que contuvieran revistas sobre intervenciones asistidas con animales o equinos. Como resultado, se buscaron las siguientes plataformas y bases de datos:

- Ernst-ReinhardtVerlag (Journal Pferd und Mensch)
- Taylor& Francis Online (Journal Anthrozoös)
- Buscaenbuja.es

Criterios de Elegibilidad

Se formularon los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Se incluyen artículos que:

- A) examinan una intervención
 - que tiene como colectivo niños/as o adolescentes que se encuentran en situación de acogimiento residencial
 - sin especificación de un trastorno específico o discapacidad (menos PTBS complejo, trauma y trastornos vinculados)
- B) de niños/ as y adolsecantes que han vivido
 - situaciones traumáticas o
 - ACE (adverse childhood experiences)o
 - at- risk youth
- C) que incluyen un caballo en el programa de intervención
- D) que están en inglés, alemán o español
- E) que son revisados por pares
- F) que fueron publicados entre 2000-2021

Criterios de exclusión:

- A) estudios que no examinan la meta de uno (o más) de los objetivos incluidos en las áreas de apoyo según los estándares de la BAG Traumapädagogik
- B) La cita trata de IAA en general y no se centra en IAC
- C) Editoriales, informes de conferencias, letras, libros, tesis etc.
- D) Los niños/ adolescentes que no se encuentran en situación de acogimiento residencial.

Procedimiento de la selección

Paso 1 - Introducir palabras claves, revisar títulos, eliminar duplicados

Como primer paso, se introdujeron diferentes combinaciones de palabras clave en las bases de datos. En los ANEXOS, en *la tabla 2*, encontrará la tabla completa de términos de búsqueda para cada base de datos.

Paso 2 Revisar abstracts y verificar criterios de inclusión

A la hora de seleccionar los estudios, los criterios de inclusión E) y F) ya podían introducirse en el sistema de búsqueda de las bases de datos. Los criterios de inclusión B) y C) y A) pudieron ser verificados por el autor al revisar los títulos y resúmenes. En algunos casos, incluso leyendo el artículo entero, no quedó claro si el artículo se refiere a la IAA en general o a la IAC en particular. Así, se incluyeron inicialmente los estudios que sólo hacían referencia a la IAA sin especificar con que especies de animales trabajaron.

Paso 3 Verificar el colectivo de los estudios y aplicación de criterios de exclusión

En el resumen tampoco solía quedar claro si los niños implicados vivían con sus padres, en una familia de acogida o se encontraban en la situación específica de acogimiento residencial. Tras la lectura del texto completo, sólo se incluyeron los estudios que realizaban principalmente investigaciones con menores según los criterios A) y B). Para aplicar los criterios de exclusión, también se examinó primero el resumen y, en caso de que la revisión no fuera clara, leyó el texto completo.

Desarrollo de la selección en cifras

En total, se encontraron **1787** citas. Tras una primera revisión de los títulos y la eliminación de los títulos no relacionados, se eliminaron los duplicados con el programa de gestión de referencias e investigaciones Zotero (www.zotero.org). Eso redujo los aciertos a **74** citas.

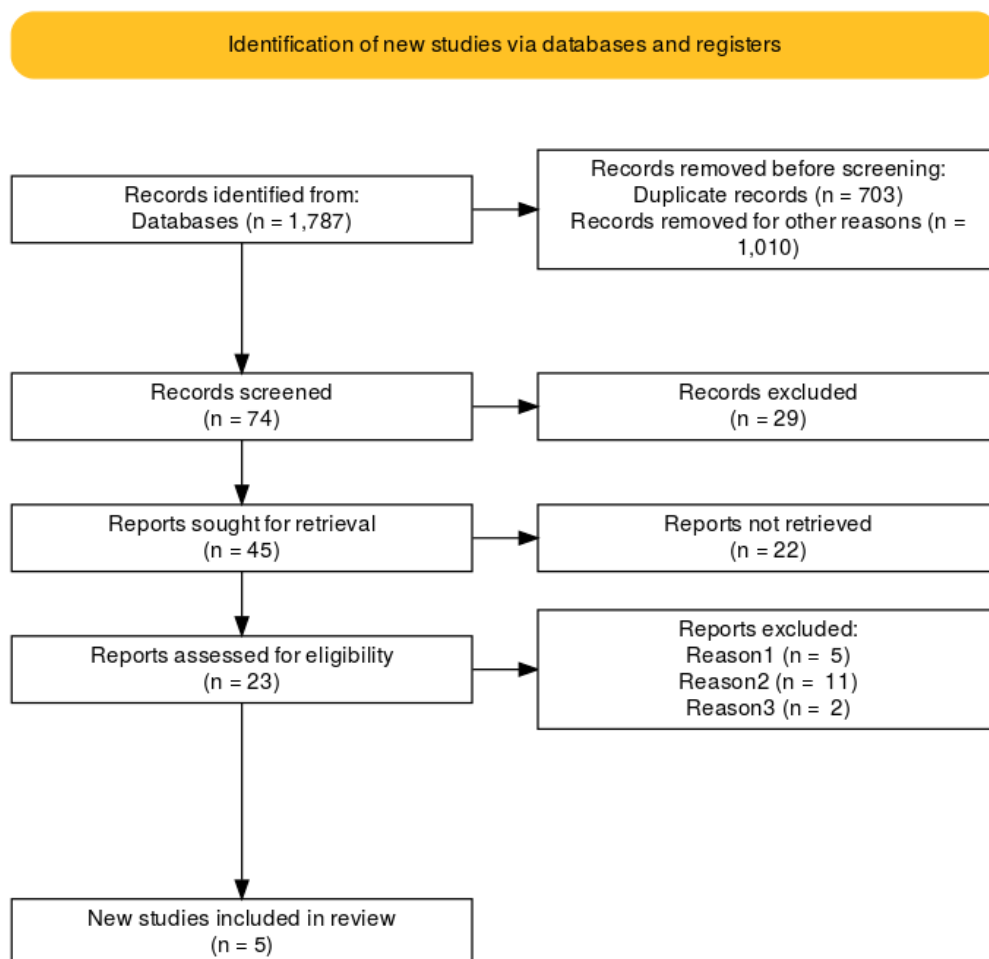
Tras la primera revisión, quedaron **45** citas y tras la segunda **23**, en la que se comprobaron los textos completos según los criterios de inclusión o exclusión y se excluyeron **18**. Cinco porque no se centran en IAC (criterio de exclusión B), once por tratar de niños o adolescentes en riesgo social o con experiencias traumáticas, sin especificar si se encuentran en situación de acogimiento residencial o viviendo con su familia (criterio de exclusión D) y por último resultó que dos títulos no eran estudios, sino editoriales. Esto dejó un total de **5** citaciones.

Abajo se encuentra el *gráfico 1*, ilustra el proceso de búsqueda en un diagrama de flujo

- reason 1 corresponde al criterio de exclusión B
- reason 2 corresponde al criterio de exclusión D
- reason 3 corresponde al criterio C

Gráfico 1

Diagrama de Flujo PRISMA a partir de Haddaway & McGuinness (2020)



5 Resultados

Los estudios incluidos para la revisión se presentan en *la tabla 3* en los ANEXOS y ahí se resumen sus características, es decir, el diseño de la investigación, los objetivos y cómo se midieron, así como las limitaciones de la validez de cada estudio.

Durante el análisis, se observó que los tres estudios españoles utilizaron siempre el mismo programa de intervención, aunque se evaluaran diferentes dimensiones. Los objetivos de cada bloque temático presentado en el programa también se incluyen en este trabajo por su adecuación a la Traumapädagogik y se ven en *la tabla 4* en los ANEXOS.

5.1 Presentación de los estudios incluidos

La búsqueda sistemática reveló un estudio de Israel de Bachi, Terkel & Teichman (2012), uno de los Estados Unidos de Mueller & McCullough (2017) y tres estudios de España. La primera de Muela, Amiano, & Caldentey (2014), la segunda de Balluerka, Muela, Amiano, &

Caldentey (2015) y la tercera de Muela, Balluerka, Amiano, Caldentey, & Aliri (2017). Para que la descripción siguiente sea más clara, los estudios se subdividen según su origen y, en el caso de los tres estudios españoles, según el año si es necesario.

Muestra

Todos los estudios trabajaron con muestras comparativamente pequeñas (entre 29-87 adolescentes), que se dividieron en un grupo de tratamiento y otro de control. Esto no se hizo de forma aleatoria en ninguno de los estudios incluidos, aunque en los estudios americanos y españoles se utilizaron varios criterios para hacer ambos grupos comparables. Cabe mencionar que, en el estudio estadounidense, el grupo de control recibió terapia conductual para la TEPT.

Programa de Intervención

Todos los estudios españoles utilizaron el mismo programa de tratamiento de 34 sesiones compuestas por sesiones individuales y grupales, mientras que en los otros dos estudios el programa fue en un formato individual y fue más corto con 20 sesiones (EE. UU.) y 28 sesiones (Israel).

Tipo de estudio

El estudio estadounidense y los estudios españoles incluidos son estudios de formato cuasi experimental.

A excepción del estudio piloto israelí, ninguno de los estudios integró elementos cualitativos en su diseño de investigación, sino que evaluaron sus objetivos con cuestionarios estandarizados. La parte cuantitativa del estudio israelí se complementó con entrevistas (adicionales) de los/as jóvenes con sus trabajadores/as sociales sobre los cambios personales durante el tratamiento.

Objetivos

Los estudios centraron su evaluación en diferentes objetivos:

En el estudio israelí de Bachi, Terkel & Teichman (2012) evaluaron los efectos de TAC en la dimensión de confianza, autocontrol, autoimagen y satisfacción vital.

El estudio estadounidense tuvo como objetivo examinar la eficacia de la psicoterapia asistida con caballos para jóvenes con síntomas de TEPT en comparación a la intervención cognitiva- conductual en un despacho.

Los tres estudios españoles de Balluerka, Muela, Amiano, & Caldentey (2014) y Balluerka et al. (2015, 2017):

Dentro de los tres estudios españoles, el primero de 2014 se diferenció de los dos siguientes de 2015 y 2017, ya que mientras el primero pretendía destacar el impacto del TAC

en la representación del apego, el segundo examinó el impacto en el ajuste psicosocial y el último de 2017 también en los síntomas clínicos.

El objetivo de la revisión era determinar en qué áreas del acompañamiento Traumapädagogik de niños y adolescentes en acogimiento residencial, la inclusión de un caballo podría aportar un valor añadido, o en qué áreas hay poco o ningún beneficio de la inclusión según la literatura. Para ello, los resultados de los estudios primero se presentan en *la tabla 5* en los ANEXOS y posteriormente se discuten los resultados seleccionados que corresponden a las áreas de los estándares de la Traumapädagogik. La parte izquierda de la tabla muestra los principales resultados de los estudios dentro de su sistema de evaluación, la parte derecha muestra si hubo una diferencia estadísticamente significativa o no y el tamaño del efecto asociado. La flecha (->) dice lo que indica el resultado. PRS es la escala evaluada por los/as cuidadores/as, TRS es la escala evaluada por los profesores y SRP son los resultados evaluados por los jóvenes.

5.2 Resumen de los resultados

Estudio israelí de Bachi et al. (2012)

En el estudio israelí, hubo un aumento de las puntuaciones en el grupo de tratamiento en todas las dimensiones evaluadas. Hay que mencionar que este aumento únicamente fue estadísticamente significativo en la dimensión de autocontrol en ambos grupos. La mayor diferencia entre los dos grupos se produjo en la dimensión de la confianza y satisfacción vital, donde las puntuaciones del grupo de tratamiento aumentaron y las del grupo de control disminuyeron. En la evaluación posterior al estudio, se comprobó que los participantes del grupo de tratamiento tenían menos denuncias policiales, absentismo del centro y consumo de drogas que los del grupo de control.

Estudio estadounidense de Mueller y McCullough (2017)

En la evaluación de los síntomas de TEPT destacaron una disminución significativa de las puntuaciones para todos los participantes y en ambos grupos.

Sin embargo, no hubo diferencias entre el grupo de tratamiento y el de control en los cambios de las puntuaciones, en ambos grupos disminuyeron los síntomas. Aún así, los resultados sobre la relación humano- animal fueron constantemente altos.

Estudio español 1 de Balluerka et al. (2014)

La TAA produjo una mejora estadísticamente significativa en la dimensión de seguridad del apego. El tamaño del efecto medido entre la prueba previa y la posterior alcanzó un valor elevado. Sin embargo, en las otras dimensiones del apego no se encontraron diferencias

estadísticamente significativas. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos, pero el tamaño del efecto vinculado a la diferencia entre dichas puntuaciones en las dimensiones de seguridad del apego e interferencia parental fue de magnitud moderada.

Estudio español 2 de Balluerka et al. (2015)

En este estudio evaluaron varios resultados positivos:

- los síntomas atípicos y la depresión disminuyeron después de la intervención.
- el ajuste personal mejoró tras el programa de tratamiento
- una mejor adaptación social con mejores competencias sociales y un mayor liderazgo que el grupo de control.
- una mejora de las habilidades sociales y una disminución de las percepciones negativas de los profesores entre los participantes.
- menos problemas de atención y una visión más positiva de los profesores en el grupo de tratamiento que en los controles

Aunque no se señalaron diferencias significativas a nivel de la dimensión entera, destacaron diferencias significativas a nivel de las subescalas de depresión evaluadas por los y las cuidadores y cuidadoras (PRS), en atipicidad evaluado por los/as jóvenes (SRP) y en adaptación personal, evaluado por los/as profesores/as (TRS) y cuidadores/as (PRS) de los/as jóvenes, el efecto asociado fue de gran tamaño.

Estudio español 3 de Balluerka et al. (2017)

Todos estos resultados enumerados tuvieron una relevancia significativa:

- En la dimensión clínica la frecuencia de las quejas somáticas disminuyó en el grupo de tratamiento evaluado por cuidadores/as (PRS)
- el grupo de tratamiento mostró una reducción de los síntomas autoevaluados de depresión y de la sensación de inadecuación.
- habilidades sociales mejoraron significativamente, pero liderazgo no (efecto de tamaño pequeño)

6 Discusión y conclusión

Para concluir en qué áreas la IAC podría tener efectos positivos según el concepto Traumapädagogik y en qué áreas falta todavía más investigación, los resultados se discuten dentro de las áreas de apoyo. Debido a la representatividad de las conclusiones, esta sección se subdivide en tres grupos. En el primer grupo, se discuten los resultados que son más indicativos de la idoneidad de la IAC para la promoción del área Traumapädagogik en cuanto a su validez.

En el segundo grupo se discuten los beneficios que se derivan de los resultados principales y en el último grupo se discuten los resultados de las narraciones y de las entrevistas, ya que no tienen validez general, pero sí valor explicativo.

6.1 Grupo 1

Pedagogía del apego

Los cinco estudios incluidos coinciden en la interpretación positiva de sus resultados para el fomento de vínculos positivos a figuras de apego (no necesariamente los padres) de los/as menores. Así pues, el estudio de Balluerka et al. (2014), encontró una puntuación más alta (significativa) en la dimensión de seguridad del apego y en el estudio de Balluerka et al. (2015) señalan que las relaciones y interacciones entre los/as menores mejoraban. Como consecuencia, reduce el estrés y deja más oportunidades a los/as cuidadores/as de predisponerse a situaciones más positivas hacia los jóvenes y así se establecen vínculos emocionales más estrechos entre ellos. En Balluerka et al. (2017), el efecto positivo en la relación con el grupo de profesionales del cuidado se atribuye a la mejora de las habilidades sociales, ya que la expresión adecuada de los deseos y necesidades conduce a una mejor relación entre los/las jóvenes y sus educadores/as. Además, la disminución de la sintomatología depresiva medida en este estudio se asocia con el enfoque de la terapia de apego en la intervención. En el estudio israelí de Bachi et al. (2012), se atribuyó el efecto positivo al apego de los/as menores al aumento de la confianza, ya que es una condición principal para establecer un vínculo de apego. Incluso en el estudio estadounidense, los resultados de la reducción de los síntomas del TEPT se relacionan explícitamente con las posibilidades propiciadas en la IAC para practicar “attachment” (apego) con el animal (Mueller & McCullough, 2017, p. 1169).

Sin embargo, obtuvieron resultados que no permiten una interpretación clara. Apenas se han encontrado diferencias entre los grupos de tratamiento y control, en las dimensiones del apego de preocupación, evitación y trauma infantil en el estudio español del año 2014. Coincide con el resultado de Balluerka et al. (2015) donde resulta que los jóvenes continuaron viendo la relación con su familia biológica de forma negativa. Interpretan estos resultados de manera positiva, explicando que de los niños que entran en acogimiento residencial, frecuentemente con una representación de apego desorganizado en un tiempo relativamente corto, no se puede esperar que de repente representen un estilo de apego seguro y que el estilo asociado a los resultados "estilo de apego preocupado" ya representa una mejora.

El primer estudio español coincide exactamente con esta área de la Traumapädagogik y sus resultados son respaldados por los demás estudios. Es por ello, que este primer estudio se

considera como el más representativo de este apartado y se concluye que la IAC se interpreta como beneficiosa para promover la pedagogía del apego.

Fomento de la gestión emocional

Aunque cada uno de los estudios interpretó resultados positivos con respecto a esta área, sólo se utilizarán los resultados de los dos estudios españoles de Balluerka et al. (2015) y Balluerka et al. (2017), ya que están directamente relacionados con la promoción de la gestión emocional y enumeran precisamente este objetivo en su programa (véase *tabla 4* en los ANEXOS); así que evalúan la dimensión vinculada y parecen los más importantes para la conclusión. En este sentido, trabajaron la identificación, verbalización y gestión de las emociones para mejorar las habilidades sociales. Resultó que en los participantes de IAA de Balluerka et al. (2015) aumentaron dichas competencias de manera significativa comparadas al grupo control. Los efectos asociados fueron altos (evaluados por los profesores) y moderados (evaluados por el grupo profesional de cuidados de los y las adolescentes). Esto coincide con los resultados de Balluerka et al. (2017), donde los/as jóvenes también obtuvieron mejores puntuaciones en las habilidades sociales. Esta vez solo lo evaluaban los/as cuidadores/as y resultó de nuevo que las habilidades sociales mejoraron de manera significativa con un efecto de tamaño moderado, aunque en la otra dimensión de la adaptación social (el liderazgo) que en el estudio pasado también mejoró (por la evaluación TRS), esta vez solo hubo una mejora con un efecto de tamaño pequeño.

Estos resultados se consideran especialmente representativos debido a la mayor muestra y a la adecuación al ámbito de la Traumapädagogik. Esto sugiere que la IAC es adecuada para promover la gestión emocional.

Participación social y Participación a la sociedad

Se han encontrado varios resultados que indican la IAC como beneficiosa para la participación social de los y las menores.

En la encuesta de seguimiento de Bachi et al. (2012), se destaca que los participantes en la IAC fueron expulsados del centro con menos frecuencia, tuvieron un descenso de la tasa de absentismo, significativamente menos denuncias policiales y consumieron menos drogas.

Cabe suponer también que la disminución de la conducta de evitación en el estudio estadounidense (síntoma de la TEPT) está asociada a una actitud mejor hacia la participación social. También consideran la puntuación constantemente alta en la interacción humano-animal como un mecanismo para involucrar a los jóvenes en el proceso terapéutico (Mueller & McCullough, 2017). Esto también podría ser una estrategia prometedora para motivar a los

jóvenes a participar en otras actividades. Sin embargo, en el estudio estadounidense no se promovió ni examinó la participación social como objetivo, por lo que se consideran estos resultados como complemento, pero menos representativas para este apartado.

Los dos estudios españoles Balluerka et al. (2015) y Balluerka et al. (2017) aportan resultados interesantes de la IAC, tanto para la participación escolar como para la participación social. En el primer estudio los profesores consideraron a los/as menores que participaron en la IAC (sin saber quiénes estaban en el grupo de control o en el de tratamiento) que habían progresado en su adaptación escolar, ya que mostraron mayor motivación y atención hacia el aprendizaje en el aula. Además, en comparación con los controles, los miembros del grupo de tratamiento obtuvieron puntuaciones más altas en las habilidades de adaptación en la escuela, mejores habilidades sociales para interactuar con los compañeros y con los profesores, así como las habilidades necesarias para trabajar dentro de un grupo. Aunque siguieron presentando síntomas clínicos y problemas de conducta, se puede considerar una mejora en la adaptación escolar y por lo tanto una promoción en la participación escolar. También en el segundo estudio de Balluerka et al. (2017), se comprobó que los/as jóvenes tenían una mejor actitud a los profesores.

Asimismo, destacaron una mejora de las habilidades sociales (significativa) en cuanto a su capacidad para interactuar satisfactoriamente con sus compañeros y mejoras en las habilidades de adaptación, incluidas las de interacción con los compañeros, así como una mayor competencia social. Esto es coherente con el estudio israelí de Bachi et al. (2012), donde se mejoró la autoimagen social.

Dado que los estudios españoles confirmaron este resultado en dos ocasiones y contaron con la muestra más amplia, se considera que estos resultados son los más representativos del apartado.

6.2 Grupo 2

Fomento de la resistencia física y psicológica (resiliencia)

En el estudio de Bachi et al. (2012) se concluye que la clara tendencia del aumento de la satisfacción vital general, frente a una disminución en el grupo de control, está vinculado al bienestar mental.

Balluerka et al. (2015) deducen de sus hallazgos que las IAA pueden ser una manera efectiva de fomentar resiliencia en niños/as y adolescentes con experiencias traumáticas a través

de mejorar sus habilidades de adaptación psicosocial y enumerar tres razones por las que el ajuste psicosocial tiene un impacto en su resiliencia psicosocial.

1. El desarrollo de las habilidades de ajuste psicosocial se vio afectado por el entorno inseguro de su familia de origen, pero al mismo tiempo estuvieron expuestos a más factores de estrés.
2. La baja capacidad de adaptación psicosocial dificulta que los adolescentes establezcan relaciones constantes con los/as cuidadores/as que trabajan normalmente en sistema de rotación.
3. Los factores de protección social, como las relaciones con los compañeros, también se ven perjudicados por la falta de habilidades sociales. Además, suelen estar en grupos con otros adolescentes que también tienen problemas conductuales. Precisamente estos adolescentes que ya tienen una carga son los que corren el riesgo de ser víctimas del acoso escolar u otras formas de acoso en los hogares residenciales.

En el estudio con adolescentes de EE. UU., tampoco se mencionó explícitamente el fomento de la resiliencia. Sin embargo, como la mejora de los trastornos mentales en la juventud se pueden considerar un factor de protección para la resiliencia como adulto, los resultados positivos de la IAC en la reducción de los síntomas del TEPT también pueden interpretarse de manera positiva respecto a la promoción de la resiliencia (Caspi et al., 2020). Los autores de Mueller & McCullough (2017) destacan la idoneidad para niños/as que han tenido experiencias traumáticas en el seno de la familia, ya que los programas de tratamiento convencionales, como la terapia cognitivo-conductual, son eficaces para reducir los síntomas en muchos casos, pero pasan por alto el sistema de atención global y sería necesario promover también los retrasos en las relaciones sociales. Respecto a esto ven una ventaja de la IAA sobre la intervención convencional en un despacho. Para apoyar este argumento se basan en los resultados de la evaluación de la relación de los adolescentes con los caballos de terapia en el contexto de su estudio, a través de la Human-Animal-Bond Scale (HABS), que ha sido constantemente alta desde el principio de la intervención.

En Balluerka et al. (2017), el fomento de la resiliencia constituyó un objetivo del programa de IAA. Con la mejora significativa en dos síntomas de interiorización, la depresión y el sentimiento de inadecuación, justifican la presunción de que también han logrado este objetivo. Otro hallazgo que puede contarse para promover la resiliencia es que en el mismo estudio los/as cuidadores/as percibieron significativamente menos quejas somáticas de los adolescentes que participaron el programa IAA que en el grupo control.

Fomento de la autorregulación

Esta área es diferente de la gestión emocional, en la que la atención se centra en el desarrollo de habilidades específicas para ayudar a lidiar con los flashbacks, los desencadenantes y la disociación en su día a día. Esto significa desarrollar una estrategia de emergencia (o varias) para estos casos con el fin de empoderar al los/as menores para que aprendan a manejar estos síntomas. El compromiso de las IAC con la promoción de este ámbito está respaldado por una serie de resultados constantes del estudio israelí, estadounidense y Balluerka et al. (2015).

En el Estudio de Balluerka et al. (2015), los adolescentes se percibían a sí mismos como menos propensos a tener cambios de humor repentinos, menos impulsivos en su comportamiento y menos preocupado de perder el control. Estas percepciones fueron apoyadas por el equipo cuidador, a pesar de que los/as jóvenes siguieron mostrando problemas emocionales y de conducta después del programa IAC. Coincide con Bachi et al. (2012) donde el grupo de tratamiento recibió puntuaciones más altas en autocontrol tras el programa que el grupo control.

También en el estudio realizado en los EE. UU, los resultados en cuanto a la autorregulación relacionados con el trauma pueden considerarse positivos, ya que todos los síntomas disminuyeron significativamente después de la terapia, incluidos los de disociación y flashbacks.

El estudio estadounidense parece especialmente representativo por su diseño de investigación y por la evaluación del síntoma de arousal, por lo que se considera como representativo para este ámbito. Sin embargo, hay que tener en cuenta que la autorregulación consiste en desarrollar estrategias propias para hacer frente a estos síntomas, ya que, como menciona Mueller & McCullough (2017) en un seguimiento, los adolescentes con TEPT complejo es más probable que vuelvan a mostrar síntomas, aunque se hayan reducido directamente después del tratamiento. Teniendo en cuenta que la regulación externa por parte del/la terapeuta podría tener un papel crucial en la reducción de los síntomas a corto plazo, la disminución de los síntomas es menos relevante para el aprendizaje del afrontamiento de estos.

6.3 Grupo 3

Fomento de la autocomprensión y fomento de la percepción corporal y sensorial

En estas dos áreas, las conclusiones sólo pueden extraerse de las narraciones e interpretaciones de las entrevistas con los/as menores es y, por tanto, no tienen validez general. No obstante, se mencionan dos casos como ejemplo, porque tienen valor explicativo.

En las entrevistas de los/as jóvenes con sus trabajadores/as sociales sobre los cambios personales durante el tratamiento, resulta que para algunos de los jóvenes el comportamiento del caballo sirve como modelo explicativo de su propio comportamiento. Bachi et al. (2012) mencionan al adolescente "S.", que explica sus explosiones de rabia basándose en los aires (pasos) del caballo. En este sentido, el paralelismo a través de la intervención asistida por caballos podría contribuir al fomento de la autocomprensión.

Tanto en el estudio de Israel como en lo de los EE. UU. se menciona en la interpretación de los resultados la percepción consciente de las propias impresiones sensoriales y del tacto del caballo. Bachi et al. (2012), por ejemplo, informa sobre la adolescente "L", que no era capaz de permitir el contacto humano antes de la intervención, pero tenía una gran motivación para cepillar al CI. Aceptó el cepillo como medio para tocar al caballo, lo que también se trasladó a la aceptación del tacto humano y se acompañó de un cambio en su aspecto exterior. La adolescente, por lo demás descuidada, normalmente escondida bajo un sombrero, comenzó a mostrar su cara y a proseguir rutinas higiénicas.

En la discusión sobre los resultados positivos en los síntomas del TEPT, Mueller y McCullough (2017) también enumeran precisamente estos momentos de permitir las sensaciones corporales y la cercanía como el primer paso para regular la excitación típica del trauma. Además, sostiene que los/as menores con traumas complejos suelen preferir no tener contacto físico con otras personas, ya que lo asocian negativamente. Dicen que, a menudo, la curiosidad supera el miedo ya en el primer encuentro los adolescentes dejan que el caballo les huela la mano; cepillar y acariciar al caballo puede tender un puente para aceptar también el contacto físico a las personas.

Conclusiones sobre los beneficios de la IAC con niños traumatizados en acogimiento residencial

Surgen algunas conclusiones para la inclusión de un caballo en una intervención según la Traumapädagogik:

En primer lugar, los resultados muestran beneficios en las áreas donde las habilidades sociales son importantes, como es el caso de la participación social, la gestión emocional y la pedagogía del apego.

En segundo lugar, como resulta en Mueller & McCullough (2017), existe una ventaja particular en la motivación para interactuar con los caballos, que puede aumentar la disposición a participar en una intervención.

En tercer lugar, hay indicios en los estudios que la IAC podría facilitar la promoción en otras áreas como la resiliencia, la autorregulación, la conciencia de las sensaciones corporales y la autocomprensión. Respecto a estos resultados hay que mencionar tienen una representatividad muy limitada. Primero, porque han sido derivados de los principales resultados de los estudios y segundo, porque algunos son más bien narraciones de los autores en lugar de evaluaciones científicas o la interpretación de las declaraciones de los/as jóvenes en las entrevistas del estudio israelí, sin revelar cómo se han analizado. No obstante, podría ser interesante perseguir estos mismos objetivos en futuros proyectos de investigación.

También en otras áreas de apoyo según la Traumapädagogik, siguen existiendo lagunas científicas. No se encontraron resultados para el fomento de la cooperación de los padres o la pedagogía de grupo. Este último parece ser un campo de investigación interesante, ya que aquí también son importantes las habilidades sociales, cuya promoción con la ayuda de la IAC ya ha dado resultados positivos. Cabe mencionar que la investigación con menores en acogimiento residencial tiene ventajas por la razón de que existen condiciones cotidianas similares de los adolescentes dentro del grupo residencial y, por lo tanto, se podría reforzar la validez de los resultados (Bachi et al., 2012).

Además, casi todos los estudios encontrados se centraban en adolescentes, lo que indica que la IAC tiene potencial específicamente con los adolescentes. Sin embargo, sería interesante evaluar también los programas con niños/as.

En cuanto a la aplicación de la Traumapädagogik, también sería importante explorar qué efecto podría tener la inclusión de un caballo en los/as cuidadores/as, ya que una reducción de los niveles de estrés del personal, según el enfoque de la Traumapädagogik, también tiene un efecto positivo en los/as menores (Lang et al., 2013).

Por último, cabe mencionar que todos los programas trataban de psicoterapia, aunque algunos promovieron las habilidades sociales o incluso se llevaban a cabo los programas con trabajadores/as sociales, con una formación adicional para las IAA, como en el caso del estudio de Bachi et al. (2012). Para investigar sobre los efectos sociales en el apoyo de estos/as niños y niñas, podría ser más adecuado investigar a través de intervenciones sociales, donde todavía falta llevar a cabo más estudios, pero como han señalado los resultados, podría aportar beneficios para estos niños y niñas.

7 Referencias Bibliográficas

- Attar-Schwartz, S. (2013). Runaway behavior among adolescents in residential care: The role of personal characteristics, victimization experiences while in care, social climate, and institutional factors. *Children and Youth Services Review*, 35(2), 258-267. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2012.11.005>
- Bachi, K., Terkel, J., & Teichman, M. (2012). Equine-facilitated psychotherapy for at-risk adolescents: The influence on self-image, self-control and trust. *Clinical child psychology and psychiatry*, 17(2), 298-312. <https://doi.org/10.1177/1359104511404177>
- BAG, T. (2011). *Standards für traumapädagogische Konzepte in der stationären Kinder- und Jugendhilfe*. Recuperado de <https://fachverband-traumapaedagogik.org/standards.html>
- Baierl, M. (2016). Mit Verständnis statt Missverständnis. En K. Frey & Baierl, Martin (Eds.), *Praxishandbuch Traumapädagogik: Lebensfreude, Sicherheit und Geborgenheit für Kinder und Jugendliche* (3., unveränderte Auflage). Göttingen Bristol, CT, U.S.A: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Baierl, M. (2017). Traumaspezifische Bedarfe von Kindern und Jugendlicher. En S. B. Gahleitner, T. Hensel, M. Kühn, & M. Schmid (Eds.), *Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern: Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik: Mit 11 Abbildungen und 6 Tabellen* (3., unveränderte Auflage). Göttingen Bristol, CT: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Balluerka, N., Muela, A., Amiano, N., & Caldentey, M. A. (2014). Influence of animal-assisted therapy (AAT) on the attachment representations of youth in residential care. *Children and Youth Services Review*, 42, 103-109. PTSDpubs (1692007526; 43931). <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2014.04.007>

- Balluerka, N., Muela, A., Amiano, N., & Caldentey, M. A. (2015). Promoting psychosocial adaptation of youths in residential care through animal-assisted psychotherapy. *Child abuse & neglect*, 50, 193-205. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.09.004>
- Balluerka, N., Muela, A., Amiano, N., Caldentey, M. A., & Aliri, J. (2017). Animal-assisted psychotherapy for young people with behavioural problems in residential care. *Clinical psychology and psychotherapy*, 24(6), O1485-O1494. <https://doi.org/10.1002/cpp.2112>
- Barrett, M. J., & Stone Fish, L. (2016). *Komplexe Traumafolgestörungen erfolgreich behandeln* (G. Plata, Trad.). Paderborn: Junfermann Verlag.
- Boletín Oficial del Estado. (2013). *Ley 18/2013, de 12 noviembre, para la regulación de la tauromaquia como patrimonio cultural*. Madrid: Jefatura del Estado.
- Borrego, J., Rodríguez-Franco, L., Perea-Mediavilla, M., Blanco, N., Tejada, A., & Blanco, A. (2014). Animal-assisted Interventions: Review of Current Status and Future Challenges. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14, 85-101.
- Bowlby, J. (1973). *Mütterliche Zuwendung und geistige Gesundheit* (2. Aufl; G. Bischof-Elten, Trad.). München: Kindler.
- Bravo, Amaia & Valle, Jorge F. del. (2007). La evaluación de programas de acogimiento residencial de protección infantil. En *Intervención psicosocial* (pp. 457-481). Pearson-Prentice-Hall.
- Burns, B. J., Phillips, S. D., Wagner, H. R., Barth, R. P., Kolko, D. J., Campbell, Y., & Landsverk, J. (2004). Mental Health Need and Access to Mental Health Services by Youths Involved With Child Welfare: A National Survey. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(8), 960-970. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000127590.95585.65>

- Carenzi, C., & Verga, M. (2009). Animal welfare: Review of the scientific concept and definition. *Italian Journal of Animal Science*, 8(sup1), 21-30.
<https://doi.org/10.4081/ijas.2009.s1.21>
- Caspi, A., Houts, R. M., Ambler, A., Danese, A., Elliott, M. L., Hariri, A., ... Moffitt, T. E. (2020). Longitudinal Assessment of Mental Health Disorders and Comorbidities Across 4 Decades Among Participants in the Dunedin Birth Cohort Study. *JAMA Network Open*, 3(4), e203221-e203221. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3221>
- Chandler, C. K. (2017). *Animal assisted therapy in counseling* (Third edition). New York: Routledge, Taylor & Francis Group.
- Comisión Europea. (2007). Attitudes of EU citizens towards animal welfare. Recuperado de Bruselas website: <http://ec.europ.eu/>
- Delgado, J. B., & Miranda, S. (2007). Actitud crítica hacia el castigo físico en niños víctimas de maltrato infantil. *Universitas Psychologica*, 6(2), 309-318.
- Dirección General de Derechos de la Infancia y de la Adolescencia. (2020). *Boletín de Datos Estadísticos de Medidas de Protección a la Infancia*. (N.º número 22 Datos 2019). Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 Observatorio de la Infancia.
- Dorey, N. R., Conover, A. M., & Udell, M. A. R. (2014). Interspecific communication from people to horses (*Equus ferus caballus*) is influenced by different horsemanship training styles. *Journal of Comparative Psychology*, 128(4), 337-342.
<https://doi.org/10.1037/a0037255>
- Dudenredaktion. (s. f.-a). *Pä-d-a-go-gik, die*. Recuperado de <https://www.duden.de/node/107400/revision/107436>
- Dudenredaktion. (s. f.-b). *Trauma, das*. Recuperado de <https://www.duden.de/node/184817/revision/184853>

- Dudenredaktion. (s. f.-c). *Traumapädagogik, die*. Recuperado de <https://www.duden.de/node/290824/revision/295681>
- FAWC, F. A. W. C. (2009). *Farm Animal Welfare in Great Britain: Past, Present and Future*. London: FAWC. Recuperado de <https://books.google.de/books?id=7dBvmgEACAAJ>
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., ... Marks, J. S. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-258. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)
- Felitti, V. J., Fink, P. J., Fishkin, R. E., & Anda, R. F. (2007). Ergebnisse der Adverse Childhood Experiences (ACE) – Studie zu Kindheitstrauma und Gewalt: Ergebnisse der Adverse Childhood Experiences (ACE) – Studie zu Kindheitstrauma und Gewalt. *Trauma & Gewalt*, 1(2), 18-32.
- Fernández del Valle, Jorge, J. (2014). Out of home care in child protection: An international overview. *Intervención Psicosocial*, 22(3), 161-162. <https://doi.org/10.5093/in2013a19>
- Fernandez-Parra, A., & Fernandez-Daza, M. P. (2013). Problemas de comportamiento y competencias psicosociales en niños y adolescentes institucionalizados. *Universitas psychologica*, 12(3), 797-. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.UPSY12-3.pccp>
- Fischer, G., & Riedesser, P. (2009). *Lehrbuch der Psychotraumatologie: Mit 20 Tabellen* (4., aktualisierte und erw. Aufl.). München: Reinhardt.
- Ford, T., Vostanis, P., Meltzer, H., & Goodman, R. (2007). Psychiatric disorder among British children looked after by local authorities: Comparison with children living in private households. *British Journal of Psychiatry*, 190(4), 319-325. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.025023>

- Fureix, C., Menguy, H., & Hausberger, M. (2010). Partners with Bad Temper: Reject or Cure? A Study of Chronic Pain and Aggression in Horses. *PLoS ONE*, 5(8), e12434. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0012434>
- Gahleitner, S. B. (2013). Traumapädagogische Konzepte in der Kinder- und Jugendhilfe. Weshalb? -Wie?- Wozu? En *Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe: Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik*. Weinheim Basel: Beltz Juventa.
- Gahleitner, S. B. (Ed.). (2015). *Ein Trauma ist mehr als ein Trauma: Biopsychosoziale Traumakonzepte in Psychotherapie, Beratung, Supervision und Traumapädagogik*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Gahleitner, S. B., & Rothdeutsch-Granzer, C. (2016). Traumatherapie, Traumaberatung und Traumapädagogik: Ein Überblick über aktuelle Unterstützungsformen zur Bewältigung traumatischer Erfahrungen. *Psychotherapie Forum*, 21(4), 142-148. <https://doi.org/10.1007/s00729-016-0081-8>
- Germain, S. M., Wilkie, K. D., Milbourne, V. M. K., & Theule, J. (2018). Animal-assisted Psychotherapy and Trauma: A Meta-analysis. *Anthrozoös*, 31(2), 141-164. <https://doi.org/10.1080/08927936.2018.1434044>
- Gómez, E., Muñoz, M. M., & Haz, A. M. (2007). Familias multiproblemáticas y en riesgo social: Características e intervención. *Psykhé (Santiago)*, 16(2), 43-54.
- Haddaway, N. R., & McGuinness, L. A. (2020). *PRISMA2020: R package and ShinyApp for producing PRISMA 2020 compliant flow diagrams (Version 0.0.1)*. Zenodo. <https://doi.org/10.5281/zenodo.4287835>
- Hediger, K., Wagner, J., Künzi, P., Haefeli, A., Theis, F., Grob, C., ... Gerger, H. (2021). Effectiveness of animal-assisted interventions for children and adults with post-traumatic stress disorder symptoms: A systematic review and meta-analysis. *European*

journal of psychotraumatology, 12(1), 1879713.

<https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1879713>

- IAHAIO. (2019). The IAHAIO Definitions for Animal Assisted Intervention and Guidelines for Wellness of Animals Involved in AAI. En *Handbook on Animal-Assisted Therapy* (pp. 499-504). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-815395-6.15001-1>
- Ison-Zintilini, M. S., & Morelato-Giménez, G. S. (2008). Habilidades socio-cognitivas en niños con conductas disruptivas y víctimas de maltrato. *Universitas psychologica*, 7(2), 357-367.
- Jaritz, C., Wiesinger, D., & Schmid, M. (2008). Traumatische Lebensereignisse bei Kindern und Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe: Traumatische Lebensereignisse bei Kindern und Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe. *Trauma & Gewalt*, 2(4), 266-277. Recuperado de <https://elibrary.klett-cotta.de/article/99.120130/tg-2-4-266>
- Jenkins, C. D., Laux, J. M., Ritchie, M. H., & Tucker-Gail, K. (2014). Animal-Assisted Therapy and Rogers' Core Components Among Middle School Students Receiving Counseling Services: A Descriptive Study. *Journal of Creativity in Mental Health*, 9(2), 174-187. <https://doi.org/10.1080/15401383.2014.899939>
- Julius, H., Beetz, A., Kotrschal, K., Turner, D. C., & Uvnäs-Moberg, K. (2014). *Bindung zu Tieren: Psychologische und neurobiologische Grundlagen tiergestützter Interventionen*. Göttingen Bern Wien: Hogrefe.
- Kersten, G., & Thomas, L. (2000). Equine assisted psychotherapy: Training manual. *Equine Assisted Growth and Learning Association (EAGALA): Santaquin, UT, USA*.
- Kreiner, B., Schrimpf, M., & Pieh, C. (2015). Überlegungen zur Diagnostik traumatischer Belastungen. En B. Gahleitner (Ed.), *Ein Trauma ist mehr als ein Trauma: Biopsychosoziale Traumakonzepte in Psychotherapie, Beratung, Supervision und Traumapädagogik*. Weinheim Basel: Beltz-Juventa.

- Kühn, M. (2008). Wieso brauchen wir eine Traumapädagogik? *Trauma & Gewalt*, 2(4), 318-327.
- Kühn, M. (2017). Traumapädagogik – von einer Graswurzelbewegung zur Fachdisziplin. En S. B. Gahleitner, T. Hensel, M. Baierl, M. Kühn, & M. Schmid (Eds.), *Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern* (3.^a ed., pp. 19-26). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. <https://doi.org/10.13109/9783666402401.19>
- Lang, B., Schirmer, C., Lang, T., Hair, I. A. de, Wahle, T., Bausum, J., ... Bundesarbeitsgemeinschaft Traumapädagogik. (2013). *Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe: Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik* (M. Schmid, Ed.). Weinheim Basel: Beltz Juventa.
- Lefebvre, S. L., Golab, G. C., Christensen, E., Castrodale, L., Aureden, K., Bialachowski, A., ... Weese, J. S. (2008). Guidelines for animal-assisted interventions in health care facilities. *American Journal of Infection Control*, 36(2), 78-85. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2007.09.005>
- Levine, P. A., Kline, M., & Jahn, J. M. (2015). *Verwundete Kinderseelen heilen: Wie Kinder und Jugendliche traumatische Erlebnisse überwinden können* (9. Aufl). München: Kösel.
- Ley Orgánica 1/1996 de 15 de enero, de protección jurídica del menor de modificación del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil.* , (de 15 de enero).
- Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gotzsche, P. C., Ioannidis, J. P. A., ... Moher, D. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate healthcare interventions: Explanation and elaboration. *BMJ*, 339(jul21 1), b2700-b2700. <https://doi.org/10.1136/bmj.b2700>

- Löffler-Stastka, H., Parth, K., Lodermeier, F., Grassl, R., & Karwautz, A. (2014). Bindung und Beziehung – eine Analyse aktueller psychoanalytischer Forschungsansätze. *Psychotherapie Forum*, 19(2), 68-74. <https://doi.org/10.1007/s00729-014-0016-1>
- López-Cepero Borrego, J. (2019). *Animales de compañía y salud: Del vínculo humano-animal al diseño de intervenciones asistidas por animales v.* Madrid: Pirámide.
- Macsenaere, M. (2014). *Grenzgänger, Systemsprenger, Verweigerer: Wege, schwierig(st)e Kinder und Jugendliche ins Leben zu begleiten ; Dokumentation der Fachtagung am 3. und 4. April 2014 in Potsdam* (D. Jessen & Deutsches Institut für Urbanistik, Eds.). Berlin: Dt. Inst. für Urbanistik.
- Macsenaere, M. (2017). Was wirkt in den Hilfen zur Erziehung? *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 11(2), 155-162. <https://doi.org/10.1007/s11757-017-0410-y>
- Maercker, A. (2016, mayo 10). *El significado y la utilidad clínica del TEPT Complejo*. Recuperado de <https://gcp.network/es/perspectives/post/complex-ptsd>
- Marín García, S. (2019). Selección e introducción del caballo en intervenciones asistidas. En J. López-Cepero Borrego, *Animales de compañía y salud: Del vínculo humano-animal al diseño de intervenciones asistidas por animales v.* Madrid: Pirámide.
- Martos-Montes, R., Ordóñez-Pérez, D., Fuente-Hidalgo, I. de la, Martos-Luque, R., & García-Viedma, M. ^a R. (2015). Intervención asistida con animales (IAA): Análisis de la situación en España. *Escritos de psicología*, 8(3), 1-10. <https://doi.org/10.5231/psy.writ.2015.2004>
- Maujean, A., Pepping, C. A., & Kendall, E. (2015). A Systematic Review of Randomized Controlled Trials of Animal-Assisted Therapy on Psychosocial Outcomes. *Anthrozoös*, 28(1), 23-36. <https://doi.org/10.2752/089279315X14129350721812>

- Meltzer, H., Great Britain, Office for National Statistics, & Social Survey Division. (2003). *The mental health of young people looked after by local authorities in England: The report of a survey carried out in 2002*. London: TSO. Recuperado de <https://sp.ukdataservice.ac.uk/doc/5280/mrdoc/pdf/5280userguide.pdf>
- Mueller, M. K., & McCullough, L. (2017). Effects of Equine-Facilitated Psychotherapy on Post-Traumatic Stress Symptoms in Youth. *Journal of child and family studies*, 26(4), 1164-1172. <https://doi.org/10.1007/s10826-016-0648-6>
- Nimer, J., & Lundahl, B. (2007). Animal-Assisted Therapy: A Meta-Analysis. *Anthrozoös*, 20(3), 225-238. <https://doi.org/10.2752/089279307X224773>
- ONU, A. G. (1989, noviembre 20). *Convención sobre los Derechos del Niño*. United Nations, Treaty Series, vol. 1577, p. 3. Recuperado de <https://www.refworld.org/es/docid/50ac92492.html>
- Ordoñez Pérez, D., & Martos-Montes, R. (2019). Prólogo. En J. Borrego López-Cépero (Ed.), *Animales de compañía y salud: Del vínculo humano-animal al diseño de intervenciones asistidas por animales*. Madrid: Pirámide.
- Penkowa, M. (2014). *Hund auf Rezept: Warum Hunde gesund für uns sind*. Nerdlen/Daun: Kynos.
- Reddemann, L. (2005). Trauma und Persönlichkeit. *Existenzanalyse*, 22(2), 33-37.
- Rees, L. (2019). *Caballos en compañía*. Kolima Books.
- Richardson, J., & Lelliott, P. (2003). Mental health of looked after children. *Advances in Psychiatric Treatment*, 9(4), 249-256. <https://doi.org/10.1192/apt.9.4.249>
- Rodrigo Mundaca Rojas & Claudio Flores Zuñiga. (2014). Derechos del niño, participación infantil y formación ciudadana desde espacios educativos no formales: La experiencia del Consejo Consultivo de Niños, Niñas y Adolescentes de la comuna de Coquimbo,

- Chile. *Temas de Educación*, 20(1). Recuperado de <https://revistas.userena.cl/index.php/teeducacion/article/view/531>
- Rodriguez Bravo, A. E., Quintanal Díaz, J., Melendro Estefanía, M., & Marí Sáez, S. (2016). *Acción socioeducativa con colectivos vulnerables*. Madrid: UNED - Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Rutter, M. (2000). Children in substitute care: Some conceptual considerations and research implications. *Children and Youth Services Review*, 22(9-10), 685-703. [https://doi.org/10.1016/S0190-7409\(00\)00116-X](https://doi.org/10.1016/S0190-7409(00)00116-X)
- Ryan, J. P., & Testa, M. F. (2005). Child maltreatment and juvenile delinquency: Investigating the role of placement and placement instability. *Children and Youth Services Review*, 27(3), 227-249. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2004.05.007>
- Schmid, M. (2008). Entwicklungspsychopathologische Grundlagen einer Traumapädagogik: Entwicklungspsychopathologische Grundlagen einer Traumapädagogik. *Trauma & Gewalt*, 2(4), 288-309. Recuperado de <https://elibrary.klett-cotta.de/article/99.120130/tg-2-4-288>
- Schmid, M. (2013). Warum braucht es eine Traumapädagogik und traumapädagogische Standards? En *Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe: Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik*. Weinheim Basel: Beltz Juventa.
- Schmid, M., Goldbeck, L., Nuetzel, J., & Fegert, J. M. (2008). Prevalence of mental disorders among adolescents in German youth welfare institutions. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2(1), 2. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-2-2>
- Schmid, M., Kölch, M., Fegert, J., Schmeck, K., & MAZ.-Team. (2013). *Abschlussbericht Modellversuch Abklärung und Zielerreichung in stationären Massnahmen*. Zugriff unter:

<https://www.bj.admin.ch/dam/data/bj/sicherheit/smv/modellversuche/evaluationsbericht/maz-schlussbericht-d.pdf>.

- Sempik, J., Ward, H., & Darker, I. (2008). Emotional and Behavioural Difficulties of Children and Young People at Entry into Care. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13(2), 221-233. <https://doi.org/10.1177/1359104507088344>
- Serpell, J.A., Coppinger, R., Fine, A. H., & Peralta, J. M. (2010). Welfare considerations in therapy and assistance animals. En *Handbook on Animal-Assisted Therapy* (pp. 481-503). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-381453-1.10023-6>
- Serpell, James A. (2015). Chapter 2—Animal-Assisted Interventions in Historical Perspective. En A. H. Fine (Ed.), *Handbook on Animal-Assisted Therapy (Fourth Edition)* (pp. 11-19). San Diego: Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-801292-5.00002-X>
- Vernooij, M. A., & Schneider, S. (2013). *Handbuch der Tiergestützten Intervention: Grundlagen - Konzepte - Praxisfelder* (3., korrigierte und aktualisierte Auflage). Wiebelsheim: Quelle & Meyer Verlag.
- Weiß, W. (2016). *Philipp sucht sein Ich: Zum pädagogischen Umgang mit Traumata in den Erziehungshilfen* (8., durchgesehene Auflage). Weinheim Basel: Beltz Juventa.
- Weiß, W. (2017). Entstehung und Konzepte der Traumapädagogik. En H. Karutz, B. Juen, & Kratzer, Dietmar (Eds.), *Kinder in Krisen und Katastrophen Spezielle Aspekte psychosozialer Notfallversorgung*. Innsbruck: STUDIA Universitätsverlag Innsbruck.
- Weiß, W. (2018). Philipp sucht sein Ich: Über die pädagogischen Möglichkeiten zur Unterstützung von Traumabewältigung. *Pädiatrie und Pädologie*, 53(1), 32-35. <https://doi.org/10.1007/s00608-017-0539-0>
- Weiß, W., Kessler, T., & Gahleitner, S. B. (Eds.). (2016). *Handbuch Traumapädagogik*. Weinheim Basel: Beltz.

WHO, C.-11. (s. f.). *6B41 Trastorno de estrés postraumático complejo*. Recuperado de <https://icd.who.int/browse11/l->

[m/es#http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f585833559](https://icd.who.int/es#http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f585833559)

Wilson, K., Buultjens, M., Monfries, M., & Karimi, L. (2017). Equine-Assisted Psychotherapy for adolescents experiencing depression and/or anxiety: A therapist's perspective.

Clinical Child Psychology and Psychiatry, 22(1), 16-33.

<https://doi.org/10.1177/1359104515572379>

ANEXOS

ANEXO I Tablas

Tabla 1 perspectiva conductista vs. Comprensiva (Presentación propia basada en Baierl (2017); Weiß (2016))

Perspectiva conductista	Perspectiva comprensiva
esconder, robar comida	miedo de pasar hambre
Conductas manipulativas	necesidad de tener control; Disminuir miedos y estrés
rabia y agresividad contra cuidadoras/educadoras	el miedo y la tristeza enmascarados de ser abandonados o decepcionados
Absentismo escolar	miedo al fracaso
Ofrecer el propio cuerpo	única forma de obtener beneficios

Tabla 2 palabras claves de la búsqueda

Base de dato / plataforma		Palabras claves
Base de dato de la universidad Jaén buscaenbuja.es incluye Science Citation Index Expanded (Web of Science); Social Sciences Citation Index (Web of Science); Scopus; IngentaConnect Journals; Journals@Ovid Ovid Full ; PubMed; Health & Medical Collection; Journals@Ovid Deposit Account; Wiley Online Library Database Model 2020; Sociological Abstracts; Psychology Database; SpringerLink Contemporary (1997 - Present); Nursing & Allied Health; Database; SAGE Premier 2020; ABI/INFORM Collection; SAGE Complete A-Z List (1999-Present); CINAHL Complete; Accounting, Tax & Banking Collection; ProQuest One Literature; IngentaConnect Journals; MLA International Bibliography with Full Text; Journals Consult; ScienceDirect Journals (Transactional Access); JSTOR Archive Collection A-Z Listing; Elsevier Revistas (ScienceDirect); ScienceDirect Journals (5 years ago - present); Universidad Complutense de Madrid Free Journals; SciELO; SciELO Colombia; Historical Abstracts with Full Text; Bibliografía de la Literatura Española; Elsevier: ScienceDirect: Open Access; Project MUSE All Journals; Freely Accessible Arts & Humanities Journals;	19+ 107+ 514+ 24+ 9+ + 0 + 1 + 38 + 19 =703 HITS Peer-reviewed 2000-2021	“out-of-home-care and equine- assisted NOT autism”; equine assisted youth welfare” horse assisted youth welfare”; “horse assisted residential care NOT autism” “equine-facilitated residential care NOT autism”; “maltreated equine assisted children” trauma asistida* caballo “Intervención facilitado caballo niño* or adolescents” “Intervención asistida con caballo niños NOT TEA” “Equine-facilitated psychotherapy for at-risk adolescents”

Elsevier:ScienceDirect:Health Sciences Subject Collection:2018; JSTOR Archive Collection A-Z Listing;Journals@Ovid Ovid Full Text;Cambridge Journals; Cambridge Journals Current Subscription Content ; Cambridge Journals 2016 Full Collection;Cambridge Journals 2015 Full Package Standard UK; Cambridge Journals 2014 Full Collection		
reinhardt -journals.de	Peer-reviewed 7+6+1 =14HITS	„pferd trauma“, „traumapädagogik“, „tiergestützt pferd“, „stationäre jugendhilfe“
Taylor & Francis Online El Journal „Anthrozoös“	31+26+0+7= 64 HITS Peer-reviewed	„equine-assisted children NOT autism““horse- assisted intervention trauma”; horse facilitated children residencial care”;“equine- facilitated psychosocial intervention with children”
Taylor &Francis Online Menos anthrozoös	1006 HITS	“equine-assisted children” AND NOT “autism”andnot anthrozoös

Tabla 3 Característica de los estudios incluidos (A partir de los resultados en (Bachi et al., 2012; Balluerka et al., 2014, 2015, 2017; Mueller & McCullough, 2017)

Estudio	Muestra	Diseño del estudio	Objetivos	Limitaciones
Bachi, Terkel, & Teichman (2012)	29 adolescentes (Acogimiento residencial; Problemas de conducta; Experiencias traumáticas; Israel)	Estudio piloto de TAC en Israel modelo mixto cuantitativo con grupo de tratamiento (14) y grupo control (15) y cualitativo(entre vistas entre los jóvenes y trabajadores sociales) Programa TAC individual: 1x (50 min.) la semana/7 meses (=28 sesiones)	Examinar los efectos de TAC en el autoimagen, autocontrol, satisfacción vital y confianza en adolescentes en un centro de acogimiento residencial con escolarización propia Instrumentos de evaluación: Cuestionarios estandarizados + Entrevistas adicionales	1.Por consideraciones éticas, la distribución en este estudio no fue aleatoria. En el grupo de control, el 40% de los adolescentes también participaron en otras formas de terapia. 2.Muestra pequeña 3.Más instrumentos y métodos requeridos para el proceso terapéutico 4.No aclaran los criterios de

				evaluación o inclusión de las entrevistas adicionales
Balluerka, Muela, Amiano, & Caldente y (2015)	63 jóvenes(Acogimiento residencial España; Experiencias traumáticas, problemas de adaptación social)	Cuantitativo con grupo de tratamiento (39) y grupo control (34) Programa de TAA mixto (1 perro, 9 caballos) 11 sesiones individuales + 23 sesiones grupales	Examinar la influencia de la TAA (1 perro y 9 caballos) en la adaptación psicosocial de un grupo de adolescentes en acogimiento residencial	1. Grupos no colocados al azar, pero aplicaron varios criterios con el fin de tener dos grupos comparables 2. Pequeña muestra y duración corta del programa 3. Grupo de tratamiento pasó varias noches en el centro, pero el grupo control no
			Instrumentos: Cuestionarios estandarizados	
Muela, Balluerka, Amiano, Caldente y, & Aliri (2017)	87 jóvenes(Acogimiento residencial; España; Experiencias traumáticas, problemas de adaptación social)	Cuantitativo con grupo de tratamiento (52) y grupo control (35) Programa de TAA mixto (1 perro, 9 caballos) 11 sesiones individuales 23 sesiones grupales	Examinar la influencia de TAA (1 perro y 9 caballos) en síntomas clínicos, ajuste personal y habilidades de adaptación	1. Grupos no colocados al azar, pero aplicaron varios criterios con el fin de tener dos grupos comparables y calcularon la diferencia estadística entre los (sin diferencia significativa) 2. Grupo de tratamiento pasó varias noches en el centro, pero el grupo control no
			Instrumentos de evaluación: cuestionarios estandarizados	
Mueller & McCullough (2017)	54 niños y adolescentes (síntomas de TEPT; de un centro de acogimiento residencial y de un centro ambulatorio)	Cuantitativo Estudio cuasi experimental con grupo de tratamiento (36) y grupo control (32) asignados de forma cuasi aleatoria Programa de TAC individual de 2 h x semana durante 10 semanas	Examinar la eficacia de la psicoterapia asistida con caballos para jóvenes con síntomas de TEPT en comparación a la intervención cognitiva- conductual en un despacho	1. Grupos no colocados al azar, pero debajo de criterios 2. Más estudios requeridos para determinar eficacia 3. Aunque la hipótesis no fue cumplida, consideran los resultados como positivos 4. Duración corta del programa
			Instrumentos de evaluación: Cuestionarios estandarizados	

	para trastornos de conducta; EE. UU)	=20 sesiones		
Balluerka, Muela, Amiano, & Caldentey (2014)	46 adolescentes (Acogimiento residencial; Con experiencias traumáticas en España)	Cuantitativo con grupo de tratamiento (21) y grupo control (24) Programa de TAA mixto (1 perro, 9 caballos) 11 sesiones individuales 23 sesiones grupales	Examinar la influencia de la TAP en las representaciones de apego Instrumentos de evaluación: Cuestionarios estandarizados	1. Grupos no colocados al azar, pero aplicaron varios criterios con el fin de tener dos grupos comparables 2. Pequeña muestra y duración corta del programa 3. Grupo de tratamiento pasó varias noches en el centro, pero el grupo control no

Tabla 4 Objetivos específicos según los bloques del programa (a partir de Balluerka et al. 2015 ; Balluerka et al. (2017); Balluerka et al. (2014))

Objetivos específicos según los bloques del programa	
Tema	Objetivos
Establecimiento de una base segura	Establecer el entorno terapéutico; Construir una alianza terapéutica positiva; Establecer una base segura para la intervención
Identificación, comprensión y verbalización de las emociones	Promover el reconocimiento de las emociones positivas y negativas.
Regulación emocional	Mejorar las habilidades de regulación emocional y afrontamiento social
Relaciones interpersonales	Proporcionar experiencias reparadoras de buen trato; Promover la resiliencia; Mejorar las relaciones
Autoestima y autocompetencia	Mejorar la autoestima y promover el sentimiento de valía personal
Cierre	Concluir el proceso de tratamiento

Tabla 5 Resultados (a partir de los resultados en (Bachi et al., 2012; Balluerka et al., 2014, 2015, 2017; Mueller & McCullough, 2017))

Resultados estudio 1Bachi et al. (2012)		Diferencia significativa y efecto (cohen's d)
Dimensión confianza El grupo de tratamiento tenía una clara tendencia del aumento (M=2,714 antes, M=3,071 después) En el grupo control una disminución de las medias (M=3,4 antes, M=3,0 después) el efecto de la medida= ($F=.005$, $p>.05$) el efecto del grupo ($F=.993$, $p>.05$) el efecto entre medida y grupo ($F=1.425$, $p>.05$)		No
Dimensión autocontrol En el grupo de tratamiento hubo un aumento mayor (antes M=2.734, después M=3.081) que en el grupo control (antes de M=2,96, después de M=3,2) el efecto de la medida= $F=3.402$, $p\leq.079$ efecto del grupo= $F=.563$, $p>.05$; el efecto entre medida y grupo $F=.119$, $p>.05$		Si , el aumento de las puntuaciones de autocontrol fue significativo en ambos grupos, pero no entre ellos.
Dimensión autoimagen Los resultados mostraron un mayor nivel de autoimagen entre ambos grupos, sin diferencias significativas entre ellos. el efecto del grupo= $F=0.63$, $p>.05$ el efecto entre la medida y el grupo = $F=.017$, $p>.05$, el efecto de la medida = $F=1.393$, $p>.05$		No
Dimensión satisfacción vital general En el grupo de tratamiento hubo un aumento de las medias entre ambas medidas (M=2,51 antes, M=2,75 después) El grupo control mostró una disminución de las medias (M=2,744 antes, M=2,66 después). el efecto de la medida = $F=.257$, $p>.05$ el efecto del grupo = $F=.133$, $p>.05$ la interacción entre la medida y el grupo= $F=959$, $p>.05$		No
Grupo de tratamiento	Grupo control	medida
81,38%	99,34%,	Ausencia del centro
0	5	Abandono del centro
Seguimiento después de un año		
2 en servicio militar 2 en escuelas normales, viviendo de nuevo con sus familias 1 abandonó el centro 9 siguieron en el centro	No disponen de información	Abandono del centro
El 79% del grupo de tratamiento no había adquirido nuevos antecedentes policiales	El 40% de los participantes no tenía nuevos antecedentes policiales	Anuncios policiales nuevos

El grupo de tratamiento el 71% de los participantes no había consumido drogas el 21% había consumido drogas una vez y el 7% había consumido cannabis dos veces.	El 20% no había consumido drogas, el 27% las había consumido una vez, el 27% las había consumido dos veces y el resto había consumido cannabis, alcohol y/o otras drogas tres o cuatro veces	Consumo de drogas
Resultados del estudio 2 Balluerka et al. (2014)		
Resultados en la dimensión representaciones del apego Subescalas: Seguridad: disponibilidad y apoyo de las figuras de apego Preocupación familiar; Interferencia de los padres; Autosuficiencia y resentimiento hacia los padres; Trauma infantil. - el tamaño del efecto vinculado a la diferencia entre dichas puntuaciones en las dimensiones de seguridad del apego e interferencia parental fue de magnitud moderada (d de Cohen = 0,43 y 0,46, respectivamente) - en los otros hubo efectos de tamaño pequeño		Si, en cuanto a la dimensión de la seguridad del apego (t (20) = -2,236; p = 0,037) con un tamaño de efecto asociado grande (Cohen's d = 0.69)
Resultados del estudio 3 Balluerka et al. (2015)		
Resultados Diferencia entre grupos <i>Diferencia pre-pos</i>		Diferencias significativas
Dimensión síntomas clínicas Subescalas de TRS y PRS agresividad, hiperactividad, problemas de atención, atipicidad, depresión, ansiedad Resultados TRS: -hiperactividad mejoró (t(36) = -3; p = 0,005) - <i>agresividad, hiperactividad, problemas de atención, atipicidad mejoraron con efecto moderado</i> Resultados PRS: - <i>depresión mejoró con efecto de tamaño grande</i> - <i>Atipicidad y atención mejoraron con efecto de tamaño moderado</i> -> <i>los síntomas atípicos y la depresión disminuyeron después de la intervención.</i> Resultados SRP: Subescalas atipicidad, Locus de control, somatización y Ansiedad - <i>Atipicidad mejoró con efecto de tamaño moderado</i>		No (a nivel de la Dimensión entera), tamaño de efecto pequeño) Si, (a nivel subescala) tamaño de efecto grande Si, en depresión (PRS) Si, en Atipicidad(SRP)
Dimensión adaptación personal Resultados SRP (Relaciones interpersonales, relaciones con los padres, autosuficiencia y autoestima) - <i>Todas medidas mejoraron con efecto moderada (d de Cohen = 0,39)</i> -> <i>indica que el ajuste personal mejoró tras el programa de tratamiento.</i>		No, efecto de tamaño muy pequeño
Dimensión adaptación personal TRS, PRS (competencias sociales, competencias de liderazgo) Resultados TRS -mayor capacidad de adaptación en el grupo de tratamiento que en el grupo de control.		Si, evaluado por TRS con efecto de tamaño

-mejora significativa en adaptación social de tamaño grande (habilidades sociales) Resultados PRS: -mejora significativa en competencias sociales tamaño moderado -mejora significativa de adaptación social de efecto tamaño grande ->una mejor adaptación social con mejores competencias sociales y un mayor liderazgo que el grupo de control. ->una mejora de las habilidades sociales y una disminución de las percepciones negativas de los profesores entre los participantes. -> menos problemas de atención y una visión más positiva de los profesores en el grupo de tratamiento que en los controles		grande ($t(36)=2.775$; $p=0.009$) No, (a nivel dimensión entera) evaluado por PRS con efecto de tamaño pequeño Si, en habilidades sociales ($t(36) = 2.747$, $p = 0.009$) efecto de tamaño grande
Dimensión inadaptación escolar Resultados de TRS Subescalas: problemas de atención y los problemas de aprendizaje Resultados TRS y SRP Subescalas: Actitudes negativas hacia la escuela y los profesores y búsqueda de sensaciones - En Problemas de Atención y en de Actitud Negativa hubo un efecto moderado (TRS) - En Problemas de Atención y en de Actitud Negativa hubo un efecto moderado (TRS) -en el actitud negativa hacia el profesor hubo una mejora de tamaño grande (SRP) -> menos problemas de atención y una visión más positiva de los profesores en el grupo de tratamiento que en los controles		No, a nivel de la dimensión entera Efecto de TRS fue moderada (d de Cohen = 0,54),
Resultados estudio 3 Muela et al. (2017) Nota: el programa es el mismo que en Balluerka et al. (2015)		
Dimensión clínica		Diferencia significativa y efectos (cohen's d) i
PRS (evaluados por cuidadores) Subescalas:(agresividad, hiperactividad, problemas de conducta, atipicidad, depresión, ansiedad, retraimiento y somatización) ->la frecuencia de las quejas somáticas disminuyó en el grupo de tratamiento	SRP(evaluados por los jóvenes) Subescalas:(Atipicidad; Locus de control; Somatización; Estrés social; Ansiedad; Depresión; Búsqueda de sensaciones y sensación de inadecuación) ->el grupo de tratamiento mostró una reducción de los síntomas autoevaluados de depresión y de la sensación de inadecuación	Si, en SRP de depresión y sensación de inadecuación efecto moderado Si, en PRS de somatización con efecto de tamaño moderado
Resultados Dimensión Habilidades adaptativasPRS Subescalas: Habilidades sociales; Liderazgo		Si, en habilidades sociales efecto moderado

-habilidades sociales mejoraron significativamente, pero liderazgo no (efecto de tamaño pequeño)	
Resultados Dimensión adaptación personal SRP Subescalas de relaciones interpersonales, relaciones con los padres, confianza en sí mismo y autoestima	No, efecto de tamaño pequeño
Resultados Dimensión inadaptación escolarSRP Subescalas: (Actitud hacia la escuela; Actitud hacia los profesores del SRP)	Si, en actitud hacia los profesores con tamaño moderado
Resultados estudio 5 Mueller & McCullough (2017)	
Resultados Síntomas TEPT CRIES Escala Subescala de Síntomas de intrusión, evitación y excitación autoinformados y asociados al estrés postraumático.	Diferencia significativa y efectos (<i>cohen's d</i>)
ANOVA de medidas repetidas ->las puntuaciones CRIES disminuyeron significativamente para todos los participantes (en ambos grupos) -No hubo un efecto significativo entre sujetos del estado del grupo de tratamiento ($F[1,48]=2,76$, $p=0,10$, $d=0,45$) ->los participantes del grupo de tratamiento y del grupo de control no tuvieron puntuaciones CRIES significativamente diferentes en los tres puntos temporales. -no hubo una interacción significativa dentro de los sujetos entre el grupo de tratamiento y el tiempo $F(2, 96) = 1,64$, $p > 0,05$, $d = 0,35$ ->no hubo diferencias entre el grupo de tratamiento y el de control en los cambios de las puntuaciones CRIES	Si, intrasujeto del tiempo sobre las puntuaciones CRIES, $F(2, 96) = 10,70$, $p < 0,001$ con un gran tamaño del efecto de $d = 0,89$
Resultados Interacción humano-animal (HABS)	
-(HABS) fueron consistentemente altas en la línea de base ($M = 67,25$, $SD = 7,67$), en la semana 5 ($M = 67,54$, $SD = 10,36$) y en la semana 10 ($M = 70,43$, $SD = 8,80$) ANOVA - no hay efecto dentro de los sujetos para el tiempo, lo que indica estabilidad en el HABS a través de los tres puntos de tiempo, $F(2,38) = 1,40$, $p = 0,26$, $d = 0,32$.	