

INSTITUTO PANAMEÑO DE HABILITACIÓN ESPECIAL

DEPARTAMENTO DE TERAPIA FÍSICA

HERRAMIENTA TECNOLÓGICA PARA PADRES DE FAMILIA DEL SERVICIO DE EQUINOTERAPIA

ELABORADO POR: Licda. María del Pilar Rodríguez (Reg. 409)



OBJETIVOS

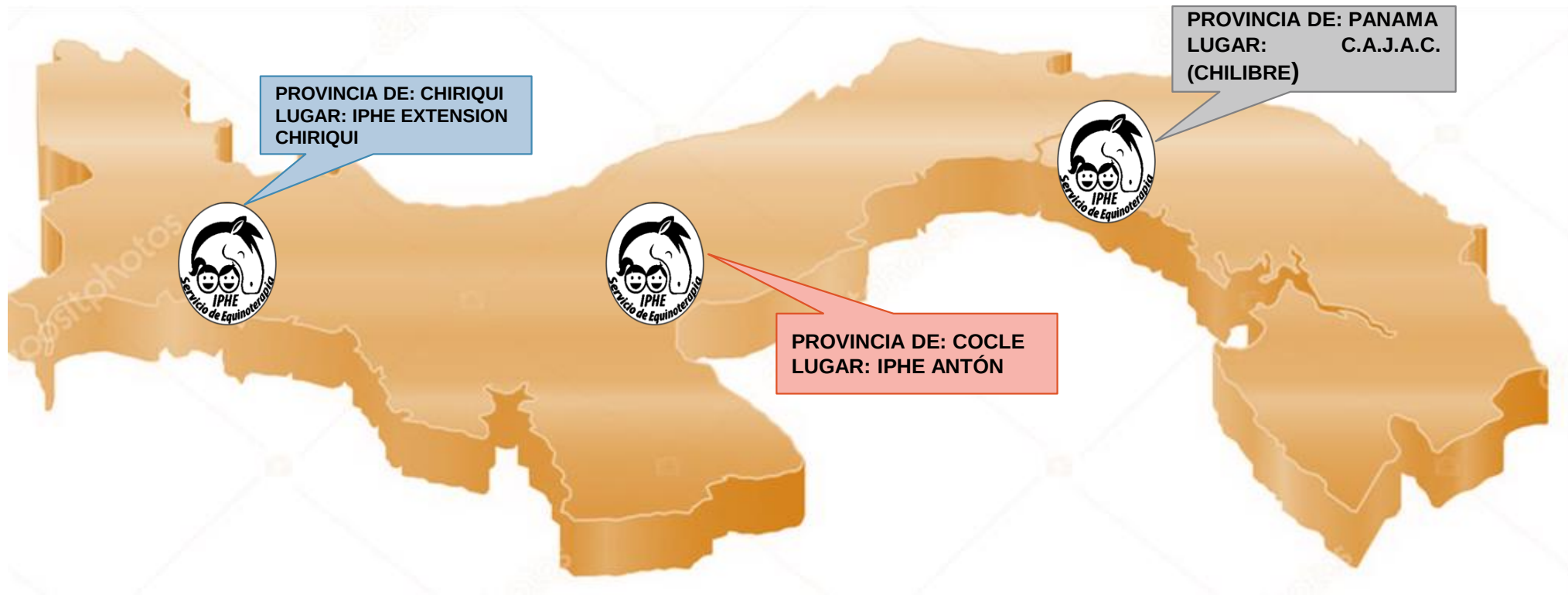


- Promover la participación de los padres y madres de familia en la modalidad de equinoterapia, colaborando con un trabajo transdisciplinario en beneficio de sus hijos.
- Ofrecer conocimientos a los padres sobre el manejo terapéutico educativo de sus hijos como lo son actividades motoras, sociales, de comunicación y cognitivas para convertirse en auxiliares ecuestres dentro del servicio de equinoterapia.

JUSTIFICACIÓN

Esta herramienta tecnológica fue construida con el propósito de incluir y posteriormente capacitar al padre de familia como un auxiliar ecuestre dentro del proceso terapéutico de la modalidad de atención equina, siendo la familia un sostén irremplazable y un acompañamiento fundamental para el progreso de las terapias propuestas por el equipo transdisciplinario y consolidación de los logros que nos llevan a mejorar la calidad de vida de los estudiantes. Durante la acción del trabajo diario, identificamos esta necesidad apremiante de contar con padres de familia disponibles como auxiliares ante situaciones como la ausencia de un cabestreador, falta de personal técnico o poco compromiso de algunos padres.

SEDES DEL SERVICIO DE EQUINOTERAPIA A NIVEL NACIONAL



HERRAMIENTA TECNOLÓGICA CONSTRUIDA PARA PADRES DE FAMILIA DEL SERVICIO DE EQUINOTERAPIA DURANTE EL COVID-19

CUESTIONARIO PARA MADRES/PADRES DE FAMILIA

FECHA: _____

INFORMACIÓN GENERAL

1- Nombre del Niño(a):

2- Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

3- Dirección: Teléfono:

4- Fecha de Nacimiento: Día Mes Año

5- Cédula de identidad:

6- Nombre de la Madre:

Fecha de Nacimiento: Ocupación:

7- Nombre del Padre:

Fecha de Nacimiento: Ocupación:

ANTECEDENTES DEL NACIMIENTO DE SU HIJO

8- El parto fue: ☐ Normal (vaginal) ☐ Cesárea

9- Su hijo nació: Término ☐ Prematuro ☐ Post término ☐

10- APGAR: PESO: TALLA:

11- Estuvo hospitalizado ☐ No ☐ Sí (tiempo) _____

12- Recibió algún tratamiento médico durante su estadía en el hospital (Ejemplo: incubadora, síndrome de dificultad respiratoria, terapia con oxígeno, antibióticos por infección, cirugía, convulsiones).

13- Recibió su hijo los servicios de estimulación temprana?

☐ No ☐ Sí (tiempo) _____



CLICK

14- Indique la edad de su hijo(a) cuando logra las siguientes habilidades.

HABILIDADES MOTORAS	MESES
Mantuvo la cabeza erecta	
Volteo hacia la derecha e izquierda	
Arrastre	
Gateo	
Se paró solo	
Caminó	

ACTIVIDADES Y COMPORTAMIENTO DIARIO

15- Indique con un (✓) si su hijo (a) responde favorablemente a cada actividad y con (X) si la rechaza. Indique si logra realizar la actividad solo o con ayuda.

RESPUESTA	SOLO	CON AYUDA	ACTIVIDAD
			Contacto con texturas (tierra, agua, espuma, pintura, pelaje del caballo)
			Sonidos (maracas, pandereta, aplausos, pito)
			Lanzar y apañar una pelota
			Inserta aros
			Habilidades de aseo personal (lavarse las manos, bañarse, peinarse)
			Responde a su nombre cuando lo llaman

SESIONES DE ATENCIÓN

16- Tiene disponibilidad de traer a su hijo a las sesiones de terapia completando el bloque de atención? (El bloque puede estar formado por 6, 8 o 12 sesiones).

☐ SI

☐ NO

MAYO

L	M	M	V	S	D
			1	2	3
4	5	6	7	8	9
11	12	13	14	15	16
18	19	20	21	22	23
25	26	27	28	29	30
				31	

JUNIO

L	M	M	V	S	D
1	2	3	4	5	6
8	9	10	11	12	13
15	16	17	18	19	20
22	23	24	25	26	27
29	30	31			

17- Estaría dispuesto a formar parte del equipo de trabajo durante las sesiones como auxiliar? Un auxiliar es aquella persona que ayuda al terapeuta durante todo el recorrido por la pista.

☐ SI

☐ NO

TERAPIA PASIVA



18- Sabías que para acercarse a un caballo hay áreas seguras y prohibidas?

☐ SI

☐ NO



Prohibido (patas traseras)



Seguro (diagonal)

19- Sabías que el programa de ejercicios se desarrolla por fases, de acuerdo a la evolución de cada estudiante?

☐ SI

☐ NO



Hipoterapia



Equitación Terapéutica



Actividad Deportiva adaptada

20- Has tenido alguna experiencia con caballos?

☐ SI

☐ NO

21- Tienes temor al caminar o trotar a lado de un caballo?

☐ SI

☐ NO

