

Relato de experiencia acerca de una intervención psicológica con familiares de practicantes de equinoterapia**Relato de experiência sobre uma intervenção psicológica com familiares de praticantes de equoterapia****Experience report on a psychological intervention with family members of hippotherapy practitioners****Recibido: 29/08/2020****Aprobado: 01/11/2020****Publicado: 09/01/2021****Sabrina Martins Barroso¹****Juliana Machado Ruiz²****Camila Aparecida Peres Borges³****Cleyton Magela Reis⁴****Dennis Gabiatti Lopes⁵**

El objetivo de este trabajo es relatar la experiencia de un proyecto de extensión basado en una breve intervención psicológica llevada a cabo con los cuidadores de los practicantes de equinoterapia. El proyecto se llevó a cabo como una extensión universitaria durante todo el año 2018 y contó con 19 familiares cuidadores. Inicialmente, se evaluó el estado emocional y la rutina de los cuidadores. Basándose en el relato de los familiares, se definió el foco de la intervención. Se organizaron nueve reuniones individuales o con parejas de cuidadores, en las que se trató la rutina de los cuidados, las actividades de ocio, la división de tareas y el autocuidado. Se observó que las intervenciones centradas en los cuidadores pueden contribuir a mejorar la calidad de los cuidados que prestan a los usuarios de la equinoterapia y generar un efecto positivo en su calidad de vida, lo que representa una medida de promoción de la salud.

Descriptores: Cuidadores; Relaciones Comunidad-Institución; Psicología; Informes de casos.

O objetivo desse trabalho é relatar a experiência de um projeto de extensão baseado em intervenção psicológica breve realizado com cuidadores de praticantes de equoterapia. O projeto ocorreu como uma extensão universitária ao longo de 2018, e contou com 19 familiares cuidadores. Inicialmente, avaliou-se o estado emocional e a rotina dos cuidadores. Com base no relato dos familiares, definiu-se o foco da intervenção. Foram organizados nove encontros individuais ou com casais de cuidadores, nos quais abordou-se a rotina de cuidado, atividades de lazer, divisão de tarefas e autocuidado. Percebeu-se que intervenções focadas nos cuidadores podem contribuir para melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos usuários de equoterapia e geram impacto positivo em sua qualidade de vida, representando uma medida de promoção da saúde.

Descritores: Cuidadores; Relações Comunidade-Instituição; Psicologia; Relatos de casos.

This study aims to report the experience of an extension project based on a brief psychological intervention carried out with caregivers of horse riding practitioners. The project took place as a university extension, throughout 2018, and it consisted of 19 family caregivers. Initially, the caregivers' emotional state and routine were assessed. The focus of the intervention was defined based on the report of family members. Nine individual meetings or with couples of caregivers were organized, in which the routine of care, leisure activities, division of tasks and self-care were all addressed. It was possible to notice that interventions focused on caregivers can contribute to the improvement of the quality of care they provide to users of hippotherapy, and it can also have a positive impact on their quality of life. Therefore, it represents a health promotion measure.

Descriptors: Caregivers; Community-Institutional Relations; Psychology; Case reports.

1. Psicóloga. Especialista en Evaluación Psicológica y Desarrollo Humano. Maestra en Psicología. Doctora en Salud Pública. Profesora Adjunta y Coordinadora del Programa de Posgrado en Psicología (PPGP) en la Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0003-1759-9681 E-mail: smb.uftm@gmail.com

2. Psicóloga. Especialista en Psicología Hospitalaria y de la Salud. Maestra en Psicología. Especialista en Rehabilitación Física en la modalidad de Residencia Multiprofesional por la Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, SP, Brasil. ORCID: 0000-0002-0895-5253 E-mail: julianamruiz@hotmail.com

3. Psicóloga. Especialista en Psicología Jurídica. Maestra en Psicología. Psicóloga en la Clínica Humanamente. Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0001-7419-8919. E-mail: camilaappborges@gmail.com

4. Psicólogo. Associação Mineira de Equoterapia, Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0002-5956-0083 E-mail: equoterapia.ame@yahoo.com

5. Psicólogo. Especialista en Análisis del Comportamiento Aplicado al Autismo, UFSCAR, São Carlos, SP. ORCID: 0000-0003-3721-9922 E-mail: dg1p12@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La Equinoterapia es una técnica reconocida para actuar en la recuperación de daños motores, sensoriales, cognitivos y de comportamiento, a través de la equitación, medidas reeducativas y lúdico-deportivas¹. Con esta intervención buscarse el desarrollo biopsicosocial de las personas con necesidades especiales, trabajando de forma interdisciplinar en las áreas de la equitación, la salud y la educación^{1,2}.

La equinoterapia es indicada para niños y adultos en varios casos, incluyendo parálisis cerebral, accidente cerebrovascular, traumatismo craneoencefálico, lesiones medulares, síndromes, autismo, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, discapacidad visual, discapacidad auditiva, fobias, estrés y síndrome de Down^{1,2}.

La equinoterapia comienza desde el primer contacto entre el practicante y el animal. El practicante debe aprender a acercarse al animal, interactuar, montar, así como crear estrategias para que el caballo acepte sus órdenes. Este proceso contribuye al desarrollo del afecto, la confianza y colabora a la adquisición de límites y respeto, en los que el practicante tiene una responsabilidad con el animal y debe cumplir algunas normas para el buen funcionamiento del tratamiento².

En el entorno equinoterápico el practicante es el centro de atención, sin embargo, los logros alcanzados requieren esfuerzo y paciencia no sólo de los que reciben el tratamiento, sino también de sus familiares³. Dadas las indicaciones, sus practicantes tienen diversos niveles de dependencia funcional, que requieren la ayuda de un cuidador en su vida cotidiana. Es común que los padres sean los cuidadores de los practicantes de equinoterapia y que necesiten aprender los ejercicios que serán hechos en casa, las formas de aplicar medicaciones, cuidados básicos de higiene, la alimentación y sobre necesidades de adaptar el espacio físico dividido con el practicante^{2,3}.

A pesar de la importante función que desempeñan los cuidadores familiares, hay pocos programas de apoyo para esos cuidadores en el Brasil⁴. Hay estudios⁴⁻⁷ que indican la existencia de pocas propuestas de intervención para ayudar a los cuidadores familiares de personas con cualquier patología, en incumplimiento de las resoluciones sobre salud mental en el Brasil y que indican que los servicios no pueden satisfacer las demandas de orientación y asistencia de los familiares cuidadores.

Específicamente en la equinoterapia no hay intervenciones diseñadas para los cuidadores y las orientaciones que se dan a los familiares se centran en los practicantes. El apoyo efectivo a los cuidadores familiares puede ayudarles a mantener su calidad de vida^{3,6}, minimizar la sobrecarga y otros problemas emocionales que pueden surgir del papel de los cuidadores, y ayudarles a mantener los buenos sentimientos sobre la posibilidad de cuidar de un familiar querido^{8,9}.

En este sentido, las propuestas de extensión pueden ser una herramienta importante para cambiar la realidad, acercando el conocimiento universitario de la comunidad y contribuyendo a llenar las lagunas de actuación junto de los cuidadores. Teniendo en cuenta esta realidad, el objetivo de este trabajo es relatar la experiencia de un proyecto de extensión basado en una breve intervención psicológica llevada a cabo con los cuidadores de los practicantes de la equinoterapia.

MÉTODO

Este trabajo es un relato de experiencia derivado de un proyecto de extensión universitaria desarrollado con los familiares cuidadores de los practicantes de equinoterapia que asistían a la Associação Mineira de Equoterapia (AME), en la ciudad de Uberaba - MG, durante todo el año 2018.

La AME es una institución filantrópica, fundada en 1998 para ayudar a las personas con diversas necesidades especiales. Es compuesta por un equipo multiprofesional en las áreas de

Fisioterapia, Psicología, Terapia Ocupacional y Equitación. Cuando se realizó el trabajo, la institución atendió a 71 practicantes registrados. De ellos, 67 estaban continuamente acompañados por cuidadores familiares o profesionales. Se invitó a todos los cuidadores familiares a participar en el proyecto de extensión.

El proyecto de extensión se registró en la Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) con el documento SIGPROJ 112391.480.29341.14042012. El proyecto también contaba con la autorización de la institución donde se llevó a cabo y todos los participantes recibieron explicaciones sobre el trabajo y firmaron el Término de Consentimiento Libre e Informado, lo que permitía comunicar sus resultados en eventos y trabajos científicos.

El trabajo fue desarrollado por tres estudiantes del curso de Psicología de la UFTM, supervisados por una psicóloga docente y el psicólogo de la AME. Este equipo invitó a todos los familiares cuidadores que asistieron a la institución durante el período de realización del proyecto. Se elaboró previamente un guion para cada reunión, basado en la referencia de una breve asistencia, en el enfoque cognitivo-conductual y en los temas indicados por el sector de Psicología de la AME. Las propuestas de cada reunión se resumieron en el Cuadro 1.

Cuadro 1. Guion de reuniones con familiares. Uberaba, 2018.

Reunión	Propuesta	Programación
1ª	Establecimiento del vínculo y recogida de informaciones	- Explicar la naturaleza del proyecto; - Escuchar empáticamente los aspectos de la experiencia del cuidador, identificando los focos de intervención y los temas de interés individual.
2ª	Recogida de las demandas	- Aplicación de las escalas de evaluación del estado emocional, con priorización de la escala de sobrecarga - Detección de desinformación sobre la patología de la persona a la que se atiende, las posibilidades de tratamiento y la gestión de crisis; - Detección de las principales dificultades como cuidadores; - Detección de las potencialidades no incentivadas del paciente.
3ª	Establecimiento de objetivos	- Definición de metas para el autocuidado; - Definición de metas como cuidador - Aclaraciones sobre la patología del practicante y otros puntos planteados en la reunión anterior.
4ª a 6ª	Planificación	- Estudio de las posibilidades concretas de reestructuración de rutina y actividades de autocuidado; - Trabajar sentimientos de culpa en la relación cuidador x autocuidado; - Estudio de las posibilidades de asignación de actividades de cuidado o de formas más leves de supervisión del practicante por parte del cuidador.
7ª	Planificación	- Enseñar la técnica de relajación física progresiva y la respiración diafragmática; - Trabajar sobre la importancia de las "válvulas de escape" y la preparación para pérdidas en la vida de los cuidadores; Actividad prevista para el hogar: Entrenamiento de relajación física.
8ª	Desarrollo de temas individuales	- Reunión destinada a desarrollar los temas del programa anterior que deben trabajarse mejor y las propuestas específicas a la realidad del cuidador; Verificación del aprendizaje de la relajación física.
9ª	Cierre	- Retorno de las características observadas en las escalas; Reanudación de los temas trabajados; Feedback sobre el desarrollo del trabajo.

Los familiares eran abordados individualmente mientras esperaban la sesión de equinoterapia de la persona que estaban cuidando. La organización del trabajo se realizó en forma de nueve reuniones (8 temáticas y 1 de cierre/*feedback*), basadas en conversaciones individuales o con las parejas (según la preferencia de los participantes), con un límite de tiempo máximo de 50 minutos cada una, que era la duración de las sesiones de equinoterapia.

A lo largo de las reuniones se identificaron y sistematizaron las rutinas y aficiones de los cuidadores y se adaptaron los temas previstos cuando fue necesario. El equipo utilizó la escucha activa no punitiva, una técnica del enfoque cognitivo-conductual¹⁰, para tratar de comprender las historias de vida de los familiares, así como su rutina de vida antes y después de convertirse en cuidadores, sus expectativas personales y se les incentivó y ayudó a identificar sus necesidades personales.

Al final de cada reunión los estudiantes tomaron notas sobre los temas trabajados, los sentimientos reportados por los familiares y sus propios sentimientos por la experiencia de hablar con los cuidadores. Estas notas se llevaron a las reuniones de supervisión y formaron parte del proceso de autoevaluación continua de la propuesta.

RESULTADOS

En el proyecto participaron 19 cuidadores familiares (5 hombres y 14 mujeres) de entre 26 y 63 años. Estos cuidadores eran padres, padrastros o madres de los practicantes y cuidaban a personas diagnosticadas con parálisis cerebral, autismo o síndrome de Down.

Las conversaciones con los cuidadores mostraron que las madres tenían más relatos de sobrecarga e indicaron una rutina de cuidado mucho más intensa que la de los padres. En general, los padres trabajaban fuera a tiempo completo y ayudaban a los practicantes en su cuidado por la noche, en tareas como bañarse y prepararse para ir a la cama. Algunas madres tenían trabajos a tiempo completo, pero conciliaban la tarea de cuidar con las exigencias del trabajo. Las exigencias de las tareas de cuidado y las posibilidades de compartir estas actividades con otros miembros de la familia se discutieron con los cuidadores y se establecieron algunos objetivos individuales a lo largo de las reuniones.

Otro punto que se trabajó con los familiares fue la posible relación entre la sobrecarga, los síntomas emocionales negativos (de depresión y estrés) y cómo estos aspectos podrían dañar su autocuidado. Muchos miembros de la familia informaron de creencias disfuncionales sobre la incapacidad de ser buenos cuidadores, el abandono de sus vidas y el resentimiento hacia la persona que cuidaban por este motivo, entre otras.

Los familiares que mostraron este tipo de discurso respondieron a una escala de síntomas depresivos y fueron examinados para detectar depresión en grados entre moderados y severos, pero ninguno de estos cuidadores había buscado un seguimiento psicológico/psiquiátrico. Así pues, durante las conversaciones con estos cuidadores este fue otro punto trabajado y se hicieron dos remisiones a los servicios de salud de la ciudad para la evaluación de un posible diagnóstico de depresión.

Al analizar, junto con los miembros de la familia, las actividades que realizaban antes de convertirse en cuidadores y las que mantenían en el momento de la intervención, se pudo comprobar que los cuidadores abandonaron muchas actividades diarias individuales, relacionadas con el trabajo o el ocio, y afirmaban haber tenido que hacerlo para cuidar de los practicantes.

La rutina familiar comenzó a construirse alrededor de las necesidades del practicante. Los cuidadores no encontraban tiempo ni valoraban actividades como escuchar música, comer sin prisa ni descanso, incluso los cuidadores que realizaban actividades de ocio antes de asumir esta función abandonaron dichas prácticas para encontrar tiempo para realizar las actividades de cuidado (llevar a la persona que cuidaban a tratamiento de salud, a la escuela, a actividades extraescolares) y sociales (ir a la plaza o al cumpleaños de otros niños).

A partir de la construcción de la rutina del cuidador, se observó que eran pocos los momentos en que los cuidadores hacían algo centrado en su propio bienestar o en el cuidado de sí mismos y tenían dificultades para encontrar a otras personas para compartir las responsabilidades del cuidado. Las creencias disfuncionales sobre la falta de valoración del autocuidado y el tiempo para actividades de ocio fueron objeto de intervención.

Al discutir con los miembros de la familia sus posibilidades de adaptación en la rutina y la necesidad de valorar el autocuidado, se percibió creencias sobre la incapacidad de realizar estas acciones y la resistencia al tratar de hacer cambios en la rutina familiar. A lo largo de las reuniones y debates, algunos cuidadores mostraron sorpresa al poder realizar cambios en su vida cotidiana para incluir cursos de artesanía o actividades de autocuidado (caminar, buscar tratamiento para sus propios problemas de salud, ir al salón de belleza a hacerse las uñas) y poder realizar las actividades de cuidado.

En los espacios de diálogo se pudo observar que los cuidadores no se quejaban tanto de las actividades que necesitaban realizar, sino de las relaciones personales. Hubo relatos de críticas recibidas del marido/esposa, interferencias de otros familiares en la dinámica nuclear de la familia, fallos en la comunicación conyugal, problemas relacionados con el servicio doméstico y el desempeño de empleadas contratadas para ayudar en el hogar, y la forma en que se sentían por darse cuenta de su exclusión de la planificación familiar, la falta de reconocimiento y la subestimación, a pesar de su dedicación.

El desarrollo de las reuniones permitió percibir el impacto de la experiencia de los cuidadores en la dinámica familiar, incluida la familia extensa. Los informes hablaban de la falta de apoyo para cuidar, el alejamiento dentro de la pareja, la culpa de uno de los padres por la patología del practicante por parte de la familia extendida, la falta de diálogo y la ausencia de actividades familiares.

La falta de conocimiento de las patologías y la falta de preparación de los entornos para tratar a los niños con necesidades especiales apareció como otro obstáculo señalado por los cuidadores de los practicantes de la equinoterapia. Esta falta de preparación les obligaba a responder a preguntas recurrentes sobre las patologías de los practicantes, a lidiar con comentarios erróneos o despreciativos sobre las personas a las que cuidan, y a lidiar con prejuicios, abiertos o velados. Hubo relatores de que los hijos no recibían invitaciones a fiestas de otros niños, de dificultades para ir a restaurantes porque la gente los miraba de forma extraña, de que se escuchaban comentarios que denotaban lástima por el hecho de que el practicante fuera "inválido", entre otros comentarios sociales que generaban sufrimiento a los cuidadores.

Las conversaciones con los cuidadores también mostraron desinformación incluso entre los cuidadores. Algunos padres no permitían que los practicantes realizaran posibles actividades dentro de la casa, como sacar galletas de un bote para comer o dormir solos en sus habitaciones, por temor a que se atragantaran. Otros no creían que la persona a la que cuidaban fuera totalmente dependiente. Se trabajaron estos aspectos a lo largo de las reuniones, mostrando a los padres casos públicos de superación de limitaciones físicas o intelectuales y el papel de los apoyadores en el desarrollo de la independencia funcional y su competencia. Estos se destacaron en gran medida en las devoluciones con los miembros de la familia y la institución.

En general, los cuidadores que participaron en el proyecto de extensión proporcionaron *feedback* sobre el trabajo que notaron diferencias en sus sentimientos y rutinas a lo largo de las reuniones. Algunos indicaron que negociaban una mejor división del trabajo con otros miembros de la familia e incluían actividades de ocio en la programación semanal de la familia y comunicaron su intención de mantener esos cambios en el futuro, ya que percibían sus efectos positivos en la forma en que se sentían y en el funcionamiento de la familia, sin perjudicar la atención prestada. No hubo informes negativos durante los *feedbacks*.

Los familiares también informaron de que les gustaría que propuestas como ésta se mantuvieran en la institución, ya que interpretaron que les ayudó a problematizar y organizar los puntos en los que tenían dificultades.

DISCUSIÓN

Durante las reuniones se observó que los familiares cuidadores de los practicantes de equinoterapia eran predominantemente las madres de los participantes. Este perfil corrobora el previamente identificado en estudios con cuidadores de personas con varias patologías^{3,4}. La mayoría de las participantes informaron de que tuvieron que dejar sus trabajos para dedicarse plenamente al cuidado.

Algunos estudios^{1,6,9} indican que es común que los cuidadores familiares remodelen su rutina de vida en beneficio de las personas a las que cuidan, asumiendo compromisos y horarios estrictos. Esta situación se agrava cuando la función del cuidador se ha asumido durante menos tiempo porque no hay formación ni cursos de preparación previos, lo que puede llevar a los cuidadores a renunciar en primer lugar a las actividades individuales, que serían esenciales para mantener su salud física y mental⁸.

Además, siguiendo la tendencia observada en otros trabajos^{5,7,8}, se observó una sobrecarga y estrés en la mayoría de los cuidadores. También se identificaron síntomas depresivos en varios cuidadores. La idea de que tareas de cuidado son responsabilidad de las mujeres y las cuidadoras deben renunciar a sus propias actividades para el cuidado forma parte del perfil previamente identificado en mujeres cuidadoras^{3,4}. Estos hallazgos muestran un papel social atribuido a las mujeres y una importante fuente de la sobrecarga que reportan los cuidadores.

La experiencia de la sobrecarga es un hallazgo frecuente en el trabajo con cuidadores^{5,8,9} y puede estar relacionada con la aparición de otros cuadros emocionales negativos como el estrés y la depresión¹¹. Estos aspectos negativos se suman a las presiones sociales y hacen que la vida como cuidador sea un factor de riesgo para la calidad de vida de esta población y para la calidad de la atención que prestan a los demás⁹.

Es más común encontrar investigaciones que evalúan el estado emocional de los cuidadores que propuestas de intervención para ayudar a esas personas^{6,9}. A lo largo del presente trabajo la organización de las reuniones se basó en la lógica de la intervención psicológica breve con referencial cognitivo-conductual¹⁰, mostrando la posibilidad de que trabajos similares sean bien recibidos por los cuidadores y tengan un impacto positivo en sus vidas.

Tales trabajos pueden servir como un momento de escucha, valorando la condición de la persona, además del reconocimiento del trabajo como cuidador y también ayudar en la identificación y remisión temprana¹⁰. Esta posibilidad demostró ser valiosa cuando se retomaron los aspectos de la salud con los cuidadores y se hizo la remisión de algunos de ellos para detectar la depresión y buscar ayuda profesional. En el retorno a la institución, tras el cierre del proyecto, se indicó la creación de un servicio de seguimiento de los familiares cuidadores o el establecimiento de una red de colaboración con profesionales que pudieran ocupar ese lugar, en caso de que la AME no tuviera condiciones para ello.

El principal punto de sufrimiento destacado por los cuidadores no fue la cantidad de trabajo para proporcionar cuidados, sino aspectos subjetivos como el no sentirse respetados y reconocidos. Estas observaciones corroboran los estudios sobre la sobrecarga⁸, que ponen de relieve que los cuidadores pueden sentir de manera diferente el desgaste por tener que realizar actividades de cuidado concretas (sobrecarga objetiva) y la forma en que se sienten por tener que hacerlo (sobrecarga subjetiva). Así pues, las intervenciones que se centran en los cuidadores de las personas que practican la equinoterapia deben incluir tanto momentos para ayudar a esos cuidadores en la organización de sus rutinas como la división objetiva de las tareas a fin de preservar los momentos de autocuidado y ocio, así como ayudarlos en el proceso

CONCLUSIÓN

El trabajo realizado ha demostrado cómo los cuidadores organizan sus vidas de acuerdo con las actividades de las personas a las que cuidan, a menudo negando sus propias necesidades. En la propuesta de intervención reportada, se eligió trabajar tratando de demostrar, a través de conversaciones y la encuesta de sus gustos, rutina y sentimientos, la necesidad del autocuidado.

Se observaron buenos resultados de este enfoque y se recibió *feedbacks* de los cuidadores de los practicantes de la equinoterapia, que demostraron que se consideraban beneficiados por el trabajo. Esta percepción ilustra la importancia de que las instituciones tengan en cuenta las demandas de los familiares cuidadores y, en caso de que no sean capaces de prestar esa atención, se reitera la importancia de que indiquen su importancia y ayuden a los familiares a buscar lugares donde puedan satisfacer sus necesidades.

Hay algunas limitaciones que es necesario indicar. El proyecto se llevó a cabo durante dos semestres y no se pudo continuar debido a otros compromisos profesionales del equipo que realizó. Además, como los horarios era restringidos, no todos los cuidadores de los practicantes de equitación pudieron participar.

A pesar de esas limitaciones, la experiencia ha sido beneficiosa. La apertura de la AME a este trabajo resultó importante para los familiares que participaron en el proyecto de extensión y para hacer visible la falta de intervenciones con este enfoque. Esta oportunidad también demostró que es posible desarrollar trabajos de intervención de bajo costo y rápida ejecución capaces de generar impactos positivos en la vida de los cuidadores, y este estudio puede servir de base para trabajos futuros con otros cuidadores.

REFERENCIAS

1. Souza VM, Aquino GB, Silva AO. Psicologia e equoterapia: conhecendo as dificuldades enfrentadas pelos cuidadores dos praticantes. Rev Cient Famimas [Internet]. 2011 [citado en 10 nov 2020]; 7(3):125-40. Disponible en: <http://periodicos.famimas.edu.br/index.php/RCFamimas/article/view/284>
2. Silva JP, Aguiar OX. Equoterapia em crianças com necessidades especiais. Rev Cient Eletr Psicol. [Internet]. 2008 [citado en 20 oct 2020]; 6(11):12-5. Disponible en: http://faef.revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_destaque/pMX6nTKTbW28ch4_2013-5-13-12-35-25.pdf
3. Vieira MLN. Participação dos cuidadores na equoterapia In: Soares DFG, Pinto EF, Otone GA, Silveira MAS, Carvalho R, organizadores. Equoterapia: teoria e prática no Brasil. Uberaba: FUNEC; 2013. p. 541-554.
4. Barroso SM, Silva LF. Cuidadores informais e profissionais. In: Barroso SM, organizadora. Desafios (in)visíveis dos cuidadores familiares e profissionais. Rio de Janeiro: Editora Autografia; 2017. p. 12-28.
5. Machado BM, Dahdah DF, Kebbe LM. Caregivers of family members with chronic diseases: coping strategies used in everyday life. Cad Bras Ter Ocup. [Internet]. 2018 [citado en 20 nov 2020]; 26(2):299-313. DOI: <http://dx.doi.org/10.4322/2526-8910.ctoao1188>
6. Barroso SM, Bandeira M. Os serviços psiquiátricos estão atendendo às necessidades dos familiares cuidadores? In: Barroso SM, Scorsolini-Comin F, organizadores. Diálogos em psicologia: práticas profissionais e produção do conhecimento. Uberaba, MG: Editora UFTM; 2012. p. 123-36.
7. Sorato DB, Peres SV, Mitsuyuki MC, Drude FS. Cuidar e ser cuidado pelo grupo de apoio PROTEGE. Psicol Estud. [Internet]. 2010 [citado en 05 nov 2020]; 15(4):751-9. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-73722010000400011>
8. Fiorotto SM. Resiliência e sobrecarga: um estudo sobre cuidadores de pacientes com Alzheimer. In: Barroso SM, organizadora. Desafios (in)visíveis dos cuidadores familiares e profissionais. Rio de Janeiro: Editora Autografia; 2017. p. 103-19.

9. Maffioletti VLR, Baptista MAT, Santos RL, Rodrigues VM, Dourado MCN. Effectiveness of day care in supporting family caregivers of people with dementia: a systematic review. *Dement Neuropsychol.* [Internet]. 2019 [citado en 20 nov 2020]; 13(3):268-83. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-57642018dn13-030003>
10. García-Cardoza II, Zapata-Vázquez R, Rivas-Acuña V, Quevedo-Tejero EC. Efectos de la terapia cognitivo-conductual en la sobrecarga del cuidador primario de adultos mayores. *Horiz Sanitario* [Internet]. 2018 [citado en 20 nov 2020]; 17(2):131-40. DOI: <http://doi.org/10.19136/hs.a17n2.2039>
11. Duarte ESR, Silveira LVA, Cítero VA, Jacinto AF. Common mental disorder among family carers of demented older people in Brazil. *Dement Neuropsychol.* [Internet]. 2018 [citado en 20 nov 2020]; 12(4):402-7. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-57642018dn12-040010>

CONTRIBUCIONES

Sabrina Martins Barroso trabajó en el diseño y orientación del estudio, redacción y revisión. **Juliana Machado Ruiz, Camila Aparecida Peres Borges y Dennis Gabiatti Lopes** contribuyeron al diseño del estudio, dirigieron las reuniones con los familiares y redacción. **Cleyton Magela Reis** orientó el proyecto y participó en la revisiónTM.

Como citar este artículo (Vancouver)

Barroso SM, Ruiz JM, Borges CAP, Reis CM, Lopes DG. Relato de experiencia acerca de una intervención psicológica con familiares de practicantes de equinoterapia. *REFACS* [Internet]. 2021 [citado en *insertar el día, mes y año de acceso*]; 9(1):151-158. Disponible en: *insertar el link de acceso*. DOI: *insertar el link de DOI*.

Como citar este artículo (ABNT)

BARROSO, S. M.; RUIZ, J. M.; BORGES, C. A. P.; REIS, C. M.; LOPES, D. G. Relato de experiencia acerca de una intervención psicológica con familiares de practicantes de equinoterapia. *REFACS*, Uberaba, MG, v. 9, n. 1, p. 151-158, 2021. Disponible en: *insertar el link de acceso*. Acceso en: *insertar el día, mes y año de acceso*. DOI: *insertar el link de DOI*.

Como citar este artículo (APA)

Barroso, S.M., Ruiz, J.M., Borges, C.A.P., Reis, C.M., & Lopes, D.G. (2021). Relato de experiencia acerca de una intervención psicológica con familiares de practicantes de equinoterapia. *REFACS*, 9(1), 151-158. Recuperado en: *insertar el día, mes y año de acceso* de *insertar el link de acceso*. DOI: *insertar el link de DOI*.