



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

**TERAPIA ASISTIDA CON PERROS EN  
PACIENTES CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL  
GRAVEMENTE AFECTADOS.**

Autor: Elsa Pereda Gutiérrez  
Director: Laura Bermejo Toro

Madrid  
Mayo 2015

Elsa  
Pereda  
Gutiérrez

**TERAPIA ASISTIDA CON PERROS EN PACIENTES CON DISCAPACIDAD  
INTELECTUAL GRAVEMENTE AFECTADOS.**



## ÍNDICE:

✓ Resumen y Abstract	2
✓ Contexto histórico y líneas de investigación	3-6
✓ Conceptualización TAA	6-7
✓ Pautas desarrollo de las TAA	7-8
✓ Discapacidad intelectual y TAA	8-11
✓ Hipótesis	11
✓ Método	12
✓ Diseño	
○ Descripción sesiones	13-16
○ Instrumentos	16-17
✓ Análisis	17
✓ Resultados	17-26
✓ Discusión	26-27
✓ Referencias bibliográficas	28-31

## **TERAPIA ASISTIDA CON PERROS EN PACIENTES CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL GRAVEMENTE AFECTADOS.**

### **RESUMEN:**

El uso de diversos animales con fines terapéuticos ha existido desde hace muchos años. La Terapia asistida con Animales (TAA) es una alternativa terapéutica que ha demostrado beneficios en diversas poblaciones como la geriátrica, penitenciaria, autismo y síndrome de Down. Este trabajo pretende evaluar la efectividad de un programa de TAA con perros entrenados en personas con discapacidad intelectual gravemente afectadas. Se realiza un estudio de caso único múltiple, en el que los participantes(n=7) se someterán a un programa de TAA. Se realizó una evaluación previa y se estableció una línea base antes de iniciar el tratamiento para poder evaluar los cambios futuros. Los instrumentos utilizados fueron el Inventario para la planificación de servicios y programación individual (ICAP) y el Measurement of pet intervention (MOPI). Los resultados mostraron una mejoría en todas las áreas en todos los participantes a excepción de la comunicación donde sólo dos de los sujetos mostró mejorías significantes.

*Palabras clave: Terapia asistida con animales, discapacidad intelectual, estudio de caso único múltiple.*

### **ABSTRACT:**

The use of different animal species for therapeutic purposes has existed since long ago. The Animal-assisted therapy (AAT) is an alternative therapy that has demonstrated benefits within different groups, such as old people, penitentiary, autism and Down syndrome. This paper tries to evaluate the effectiveness of an AAT program using trained dogs in people with serious intellectual disability affectations. A unique multiple case study is carried out where the participants (n=7) will be subjected to an AAT program. It is made a previous evaluation establishing a base line before initiating the therapy, so as to evaluate the future changes. The instruments used were the Inventory for client and Agency planning (ICAP) and the Measurement of pet intervention (MOPI). Results showed an improvement for all the participants in all areas except for communication, where only two of the individuals showed significant progress.

*Keywords: Animal-assisted therapy, intellectual disability, unique multiple case study.*

Desde el comienzo de la historia el hombre ha convivido con los animales. Estos han sido domesticados para ayudarlo en múltiples funciones como la caza, el trabajo en el campo, el desplazamiento, el cuidado del hogar, etc. Sin embargo, no es el animal domesticado sino el animal de compañía el que genera ese vínculo especial “hombre-animal” (Martínez, 2008).

El presente trabajo recoge un proyecto de intervención con Terapia asistida por animales (TAA) dirigido a personas con discapacidad intelectual profunda que se encuentran institucionalizadas en el Hospital Psiquiátrico San Juan de Dios (Ciempozuelos).

En la primera parte se expondrá el contexto histórico que ha favorecido el surgimiento de estas terapias así como las principales investigaciones que sustentan esta práctica y demuestran su efectividad. Posteriormente se explicará detalladamente la propuesta de intervención en la población participante y los objetivos esperados. Finalmente se presentarán los resultados obtenidos y las posibles líneas futuras de investigación en este colectivo.

### **Contexto histórico y líneas de investigación:**

Hay evidencias de que ya en la antigua Grecia se daban paseos a caballo a personas que padecían enfermedades incurables como forma de aumentar su autoestima. Jonh Locke en el año 1669 afirmaba que la relación con los animales tenía una función socializadora. A partir de ese momento empezaron a promulgarse las primeras teorías sobre la influencia de los animales de compañía en enfermos mentales (Cusack, 2008).

La Terapia Asistida con Animales (TAA) es una modalidad de intervención terapéutica en la que un animal es parte integrante de un proceso de rehabilitación, reeducación, integración y socialización de una persona. (Álvarez et al, 2013).

La primera constancia de la inclusión de los animales en un entorno terapéutico fue en 1972 en el Asilo de York (York Retreat), Inglaterra. El doctor Wiliam Tuke intuyó que los animales podían propiciar alivio a los enfermos psiquiátricos (Mc Nicholas & Collis, 2000).

En 1867, el centro médico Bethel de Alemania los utilizó para el tratamiento de enfermos epilépticos. Actualmente el Centro recibe a pacientes con distintas patologías físicas o psíquicas y sus tratamientos incluyen a animales como perros, caballos o gatos, en los que el cuidado de los mismos constituye el punto principal. En estados Unidos la “Comandancia de Servicios de Salud del Ejército Estadounidense”, ha usado animales para el confort del personal hospitalizado y sus familias desde la segunda Guerra Mundial.

En el estado de Nueva York, entre 1944 y 1945, los animales ayudaban a la rehabilitación de aviadores del “Centro para convalecientes del Ejército del Aire”, en un programa patrocinado por la Cruz Roja estadounidense.

En 1948, el Dr. Samuel B. Ross fundó en Nueva York el Centro Green Chimneys, una granja para la re-educación de niños y jóvenes con trastorno del comportamiento mediante el trabajo con los animales. Con el desarrollo de la medicina científica a comienzos del siglo XX, esta iniciativa quedó apartada y no se retomó de nuevo hasta las primeras publicaciones del psiquiatra Boris Levinson (Beck, 2000; Martínez, 2008).

En 1953, Levinson descubrió de manera inesperada el potencial como co-terapeuta de su perro al recibir una visita no programada en su consulta. Pudo observar como su paciente, quien tenía graves problemas de retraimiento, reaccionaba positivamente a la presencia del perro. Es así como decidió incorporar a las sesiones a su mascota comprobando una gran mejoría en el estado mental de su paciente. Esto le impulsó a llevar a cabo una investigación sobre el tema considerada hoy en día como las bases de las terapias con animales (Fine,2000).

A partir de los años 60, impulsados por las investigaciones de Levinson, se empezaron a efectuar numerosos estudios sobre la influencia de los animales de compañía en la salud humana encontrando beneficios tanto en el aspecto físico, social y mental (Garay,2007).

En España no comienza a investigarse y a aplicarse de forma más extendida hasta la década de los 90. Actualmente ya son numerosas las fundaciones, asociaciones y empresas de la salud y de la educación (Fundación Affinity, Fundación ONCE del perro- guía, Fundación Bocalán, ANTA,AEPA,AIAP,etc) las que se dedican a la investigación y a la aplicación de programas de TAA.

El interés por el desarrollo de este tipo de terapias ha generado diferentes investigaciones que intentan demostrar los beneficios de la incorporación de los animales a la salud. Por ejemplo, se ha observado incremento de las habilidades sociales en personas con Alzheimer, mejora de la calidad percibida en el entorno, mejora de la autoestima, o aumento de la sensación de seguridad (Bardill,1997). De la misma forma, la mera presencia del animal se ha relacionado con una menor ansiedad y menor depresión (Odendaal & Meintjes, 2003). Por otra parte, las visitas periódicas de perros a unidades de larga estancia pueden incrementar las interacciones verbales y no verbales entre los usuarios (Haughie, Milne & Elliot, 1992) y, en personas que padecen esquizofrenia, reducir la sintomatología negativa (Villalta y Ochoa, 2007; Nathans-Barel, Feldman, Berger, Modai, & Silver, 2005).

Otros estudios intentan medir los efectos ansiolíticos de la presencia de los animales a través de medidas fisiológicas. Éstos establecen que la presión sanguínea y la frecuencia

cardíaca disminuyen significativamente en los grupos de población clínica que cuentan con la presencia del animal ( DeMello, 1998; Fernández- Jorge, Roldán –Gacimartín, Gil de Gómez-Alfageme, Vargas y Lahera- Corteza, 2013). Un ejemplo es el análisis de Katcher, Segal y Beck (1984) que midieron el nivel de ansiedad (la presión arterial, frecuencia cardíaca y respuestas subjetivas) en personas que se iban a someter a una cirugía oral. El grupo experimental, que se encontraba en la sala de espera observando un acuario, mostró una reducción de su nivel de ansiedad significativamente mayor que las personas que miraban un poster, con o sin técnicas de hipnosis, y las que estaban en el grupo control.

También se observan beneficios para la salud física. Un estudio sobre personas con enfermedades coronarias estableció que el índice de supervivencia en los enfermos era mayor cuando tenían en su vida una mascota (Friedman, Katcher, Lynch y Thomas ,1980). Este efecto era independiente del tipo de mascota que fuese, de la gravedad de la patología y de las características sociodemográficas de los implicados.

En la misma línea Anderson, Reid y Jennings (1992) realizaron un estudio longitudinal para analizar si existían diferencias en la presencia de factores de riesgo asociados a enfermedades cardiovasculares entre personas con mascotas y sin ellas. Encontraron que, en hombres, la presión arterial sistólica y los niveles de colesterol y triglicéridos eran mayores en los que no tenían mascotas. En las mujeres se encontraron resultados similares en la presión arterial sistólica a partir de los cuarenta años de edad y, en ambos casos, los dueños de mascotas realizaban más ejercicio físico.

Otro grupo de investigaciones muestran cómo el animal es un catalizador social, de manera que en su presencia, las interacciones sociales aumentan (Allen y Blascovich, 1996).

Programas que se apoyan en animales para fortalecer su poder terapéutico, observaron diferencias significativas entre aquellos programas de rehabilitación cognitiva que se llevan a cabo en presencia de animales y los que no, siendo los resultados de los primeros más positivos que los segundos (Nathanson, De Castro, Friend & McMahon, 1997). Así mismo, la Fundación *Caballo Amigo* utiliza, desde hace años, la rehabilitación ecuestre con buenos resultados en niños con Síndrome de Down, parálisis cerebral y espina bífida entre otros problemas (Martínez Abellán, Hernández y Arnaiz, 2001). Fundaciones de todo el mundo hacen lo propio con estos y otro tipo de animales, como los delfines (Martínez Abellán, 2001, 2002).

Kruger y Serpell (2006) establecen que los animales tienen la capacidad para actuar como un instrumento o herramienta generando cambios positivos en la autopercepción y el comportamiento de las personas. A través de actividades que implican el cuidado de los animales como por ejemplo darles de comer, peinarlos o entrenarlos, se puede lograr la

sensación de dominio físico o control sobre ellos y, a su vez, aprender a asumir mayor responsabilidad por sus acciones. De esta manera, se pueden añadir nuevas capacidades y respuestas a su repertorio conductual. La aplicación de la terapia animal en personas con graves discapacidades físicas y psicológicas es uno de los principales campos donde se obtienen con éxito este tipo de resultados.

Por lo tanto, parece quedar demostrado que la compañía de los animales aporta beneficios en la salud física y psicológica. Las TAA son capaces de conseguir cambios fisiológicos, mayor interacción entre las personas y cambios de conductas por otras más adecuadas.

### **Conceptualización de las TAA:**

Los animales pueden ser incorporados a una gran variedad de programas. Para involucrarse en una actividad de terapia asistida por un animal, siempre se deben de tener definidos los objetivos personales a ser logrados por el programa de terapia.

Aunque existen diferentes animales con los que llevar a cabo el TAA (caballos, gatos, conejos, pájaros, peces o delfines) los perros son los más utilizados para las terapias. La gran variedad de razas, tamaños y temperamentos que encontramos en la especie canina hace de ella una herramienta capaz de amoldarse a casi cualquier tipo de situación. Por otro lado, está demostrado que los perros aumentan la sensación de responsabilidad del paciente más que un gato o un pájaro, ya que solicitan más afecto y cuidado (Geries-Johnson & Kennedy, 1995).

La flexibilidad con la que goza la TAA permite que existan multitud de modalidades. Éstas dependen del tipo de institución, los recursos de la misma y los objetivos de la terapia. Para clasificarlas se puede seguir la siguiente categorización (Fine,2003; Fundación Affinity,2008):

- Terapia Asistidas por Animales (TAA): intervención psicológica profesional en la que el animal forma parte integral del programa. El objetivo es la mejora del paciente en un área/s concreta/s (físico, social, emocional o cognitivo). Todo el proceso debe estar evaluado y documentado. Deben ser dirigidas por un profesional de la salud( médico, fisioterapeuta, psicólogo, terapeuta ocupacional, etc).

- Educación Asistida por Animales (EAA): programas profesionales cuyos objetivos son de índole educacional.



- Actividades Asistidas por Animales (AAA): actividades en las que participa el animal de forma espontánea con la finalidad de mejorar la calidad de vida del paciente o destinatario. Nadie evalúa ni mide el progreso. Puede llevarse a cabo por cualquier voluntario que se preste. No obstante, frente a los problemas encontrados, se está exigiendo una mínima formación en la persona voluntaria sobre el manejo del comportamiento animal y las diferentes reacciones que la persona pueda tener.

A pesar de todo ello, es obligado advertir que las TAA no son un sustituto de los tratamientos farmacológicos, las terapias convencionales o los programas educativos, sino que son un complemento de éstos. Además, cada plan de intervención debe ser diseñado y aplicado en función de las necesidades específicas de cada usuario por profesionales formados en la materia.

A pesar de la gran cantidad de beneficios que tiene la TAA, mejora de la autoestima, autoconfianza y autocontrol; mejora de la capacidad de atención y memoria; mejora de la integración social, etc. no podemos dejar sin mención algunos riesgos o precauciones a tener en cuenta antes de iniciar la terapia (Martínez, 2008).

Al trabajar y mantener contacto continuo con animales, éstos requieren controles veterinarios periódicos para evitar enfermedades que se puedan transmitir al hombre o aquellas que pueden afectarles a ellos.

Aunque el animal esté entrenado y no muestre ningún tipo de agresividad, es conveniente dar una pequeña formación al paciente o al destinatario de la terapia sobre el comportamiento y psicología animal.

Además no debemos olvidar que la vida de un animal es relativamente corta, por lo que el fuerte vínculo “hombre- animal” establecido y el afecto que se le coge, puede generar un pequeño trauma cuando el animal muere.

No obstante hasta la fecha no hay constancia de ningún documento que describa efectos adversos en este tipo de terapia.

### **Pautas para el desarrollo de la TAA:**

Las terapias con animales se plantean como un recurso adicional para el uso de las terapias tradicionales, sin pretender sustituirlas (Martínez, 2008). De hecho, se considera una falta de ética utilizarlas como única técnica terapéutica (Reichert, 1998).

Hay que tener en cuenta que las reacciones frente a los animales son diversas, no todo el mundo se siente cómodo en su presencia. Será necesario por tanto, que en el diseño de los programas se consideren tanto los criterios de inclusión como los de exclusión para garantizar los mínimos riesgos (Hatch, 2007). Las necesidades y deseos del destinatario están por encima de cualquier objetivo terapéutico.

Se debe efectuar un sistema de análisis completo antes de empezar con el tratamiento: estudiar el lugar donde se pretende llevar a cabo, el personal profesional, los pacientes de forma individual...

Ridruejo (2006) realiza una clasificación de los principales ámbitos de aplicación de la TAA entre los que se encuentran: instituciones sanitarias residenciales, hospitales, granjas, entorno escolar, domicilios particulares, centros penitenciarios y consultas clínicas.

Serrano (2004) conceptualiza la presencia del animal como un instrumento o vehículo de mediación entre el paciente y el terapeuta para el apoyo de los fines terapéuticos acordados. No obstante, la mera presencia del animal no es en sí curativa. Esto exige personal con formación especializada y sistemas de selección tanto de las personas como de los animales. Respecto a la formación del profesional Ridruejo (2006) delimita una serie de líneas generales basándose en los programas formativos de las universidades. Será necesario que un técnico en TAA tenga una preparación doble. Por un lado, poseer una titulación académica (medicina o psicología) que garantice unos conocimientos mínimos de patología y medios psicoterapéuticos y ecoterapéuticos que habrán de ser empleados.

Hay que saber emparejar cuidadosamente el animal a las necesidades y capacidades del individuo en función del problema específico que presente. Además, se deberá contar con una formación específica del mundo animal (que les permita conocer y manejar al animal con el que van a trabajar), de las relaciones persona-animal, medios de actuación, técnicas de encuentro y gestión de riesgos. La TAA debe ser segura y no deparar a los destinatarios experiencias negativas producidas por un mal control de la situación.

Un aspecto muy importante a tener en cuenta es la evaluación del proceso. Ha de existir un proceso de evaluación con garantías de objetividad, de lo contrario, no es posible establecer objetivos ni verificar si se han producido cambios (Arias, Arias y Morentín, 2008).

Es decir, antes de adentrarse en la terapia hay que tener definidos los criterios que llevan a usar ese tipo de terapia y no otra como complementaria, los beneficios que puede tener en los pacientes, las características de éstos para saber si van a responder de forma positiva o negativa al contacto con el animal, los objetivos generales y específicos de la terapia, los riesgos que pueden darse, el personal con el que se cuenta para llevar a cabo el proceso y el coste de todo el procedimiento.

### **Discapacidad intelectual y TAA:**

Se debe señalar que definir la discapacidad intelectual es un objetivo difícil, complejo y no libre de polémica. Esta dificultad viene dada por la multitud de factores involucrados que condicionan y determinan las características individuales de cada persona que la padece. Los conceptos y las etiquetas que se han empleado para denominar este trastorno han estado en constante evolución, y es por ello que actualmente es difícil encontrar un término que sea preciso y políticamente correcto. Hablamos de “discapacidad intelectual”, ya que es la acepción que propone la Asociación Americana de Discapacidad Intelectual(AAIDD).

Según la AAIDD, la discapacidad intelectual se caracteriza por la existencia de:

“[...] limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual como en conducta adaptativa, tal y como se ha manifestado en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas” (AAIDD, 2011; p. 31, 40).

La Organización Mundial de la Salud, en la última edición de su Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la salud (CIE-10,1992) confecciona una clasificación de la discapacidad intelectual en función de su severidad, según la cual, las personas con discapacidad intelectual profunda presentan severas limitaciones en el autocuidado, la continencia, la comunicación y la movilidad (OMS, 1993).

Otra clasificación, complementaria a la CIE, es la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), publicada en 2001 por la OMS. En ella se recoge una postura que va más allá de la perspectiva médica e incluye aspectos sociales y ambientales. Es decir, se centra más en la interacción de la persona con su entorno que en el nivel intelectual de cada individuo. En la misma línea, en el año 2002, la AAID propone un nuevo sistema que tiene en cuenta cinco dimensiones para confeccionar de una forma más precisa un sistema de apoyos para la persona con discapacidad intelectual (habilidades intelectuales, conducta adaptativa, participación, salud y contexto).

Los usuarios con discapacidad intelectual profunda a los que va dirigido este proyecto tienen afectadas las seis dimensiones que propone la AAID. Necesitan un ambiente estructurado, con ayuda y supervisión constantes. En general, sus habilidades comunicativas y motoras están muy limitadas, pero con la ayuda de los programas educativos pueden llegar a desarrollarlas mínimamente y mantener las ya desarrolladas. Los pacientes con discapacidad intelectual gravemente afectados tienen un CI por debajo de 20, un nivel de autonomía social y personal es muy pobre y presentan un importante deterioro psicomotor. Algunos presentan algún tipo de sistema de comunicación, pero la mayoría no posee lenguaje oral (Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo, 2001).

La AAID (2011) propone la realización de actividades educativas para fomentar la mejora del nivel cognitivo e intelectual de este tipo de usuarios, fomentando así su adaptación al entorno.

Uno de los principales motivos para la elección de este tipo de terapia complementaria es que la utilización de los animales en estas intervenciones permite alcanzar los objetivos más rápidamente y mejorar la calidad de vida y la integración social de las personas con este tipo de discapacidad.

Aunque no hay en la actualidad investigaciones sobre los efectos de la TAA en pacientes con discapacidad intelectual profunda (DIP), los resultados esperan ser favorecedores como lo han sido en pacientes con síndrome de Down, autismo o pacientes geriátricos (Martínez,2008; Fernández Jorge et al, 2013; Perrera, 2006; Serrano,2004;Torres, 2008). Podría ser una buena herramienta en el trabajo con esta población ya que los beneficios y cambios en los pacientes podrían ser significativos. La atracción que las personas sienten ante la presencia de un animal ayuda a que éstos constituyan un elemento motivacional para conseguir los objetivos terapéuticos planteados (Burch, 2000).

Por lo tanto, es muy importante trabajar con animales que estén totalmente equilibrados y sean predecibles ya que hay que tener en cuenta que las personas con discapacidad pueden tener conductas inesperadas sobre cómo van a actuar ante la presencia del animal, especialmente

al inicio (agresividad hacia el animal por ejemplo). Pueden tener reacciones que el animal tome como una amenaza o señal de fuerza, más si estamos ante hombres y que tengan complexión fuerte, e incluso pueden llegar a agredirlos. El animal en ningún momento puede entender esas señales que como tales y, de ser agredido, no puede responder con agresividad (Reichert,1998; Hatch,2007). Es más, no tiene que tener reacción alguna ante estos comportamientos y los umbrales de agresividad en los animales que se utilicen en este tipo de intervenciones no deben ser bajos, deben ser totalmente nulos.

La TAA favorecerá, en la medida de lo posible, la autonomía de la persona con DIP ya que las tareas del cuidado del animal le harán abandonar el rol de “persona cuidada” por el de “cuidador”. Aunque las tareas sean mecánicas y sencillas, su motivo es el bienestar de un ser vivo, lo cual genera en la persona empatía y un fuerte componente afectivo además de motivación intrínseca para la tarea.

La TAA debe cumplir los requisitos para ser efectivas (Arias V., Arias, B. y Morentín, 2008):

- ✓ La ocupación debe ser atractiva o deseable para el destinatario.
- ✓ Debe ser integral, es decir, el paciente debe percibirlo como algo cotidiano o normalizado fuera del contexto especial de tratamiento.
- ✓ Se debe ajustar a unas metas significativas para el paciente, que tenga sentido y una finalidad para él.

Ahora bien, es imposible pensar en la posibilidad de trabajar, aprovechar e interpretar los efectos terapéuticos que brinda un animal dentro de la TAA, sin la existencia de un grupo de profesionales que, partiendo de la disciplina en la cual se especializaron, alcancen una visión integral que considere a la persona en su dimensión física, psíquica y social (Ridruejo,2006). El psicólogo es la figura planificadora de las intervenciones dirigidas hacia un objetivo específico mediante la interacción animal y paciente con DIP.

Si bien existen objetivos generales dentro de las distintas áreas de trabajo de la TAA, éstos se analizarán en cada caso individual. Se examinará la patología, la personalidad, las necesidades del paciente con DIP y se delinearán los objetivos en cada área que se alcanzará a través del trabajo y la relación con los animales. Los progresos que se presenten serán medidos a través de un registro que se basa fundamentalmente en la observación.

Esta terapia no pretende ser el único tratamiento, de hecho es un complemento más a los tratamientos médicos o psicológicos que ya trabajan. La terapia con animales es un soporte eficaz y poco convencional que rompe las barreras y paradigmas entre terapeutas y pacientes (Gil y Ochoa, 2007).

Atendiendo los trabajos citados más arriba podemos concluir que, si bien es cierto que las TAA no son aún un tratamiento consolidado en la población con DIP, hay suficientes indicios que sugieren beneficios en las diferentes áreas anteriormente descritas.

Por otro lado, el Centro San Juan de Dios cuenta con un equipo de perros adiestrados y acostumbrados a trabajar con pacientes con discapacidad intelectual ligera y moderada que, hasta ahora, parece tener buenos resultados.

Estos datos apuntan a que la TAA ha sido útil para facilitar su integración en la sociedad, aumentar sus relaciones entre con los compañeros, aumentar sus habilidades de comunicación y

mejorar sus habilidades instrumentales y psicomotrices. La mayoría de los usuarios que han participado en TAA, han reaccionado de manera positiva hacia los animales, lo que se traduce en una mayor asistencia a la terapia y, por tanto, un mayor aprovechamiento de la misma. Además, los perros pueden llegar a cubrir parte de las carencias afectivas y emocionales que este tipo de usuarios suelen tener.

En el caso de la muestra de este trabajo, se estimó que la TAA podría aportar más beneficios que otro tipo de terapias. El perro opera a modo de un estímulo multisensorial que rompe la monotonía de otros tratamientos a los que asisten y atrae la atención de los residentes.

Por otro lado, el patrón de comportamiento que tienen los perros es más sencillo que el de las personas, por lo que para una persona con DIP será más fácil entenderlo y crear un vínculo afectivo con él, beneficioso tanto para su sistema de apoyos como para su implicación en la terapia.

Finalmente, el perro se convertirá en un estímulo discriminativo de refuerzos que promoverá la aproximación de los pacientes, y que podrá ser manejado para aumentar su motivación por la terapia.

Además, el Centro San Juan de Dios reúne unas condiciones óptimas para su realización, ya que dispone de dos perros entrenados para TAA, espacios abiertos con amplias zonas ajardinadas y un amplio salón destinado a las sesiones de psicomotricidad que el Centro está dispuesto a ceder al programa. Existe buen clima social dentro de la Unidad y los profesionales están motivados por comenzar este tratamiento innovador. Todo ello contribuye a que este programa sea una buena elección para llevar a cabo la intervención con los residentes del centro.

### **Hipótesis:**

Atendiendo a lo expuesto con anterioridad, el objetivo principal de la TAA es que se produzcan cambios en las diferentes áreas trabajadas con los participantes. Es decir, se plantean las siguientes hipótesis de trabajo.

- ✓ Mejora de las destrezas motoras: Aumento de la movilidad gruesa y movilidad fina dirigida hacia una actividad o tarea específica.
- ✓ Mejora de las destrezas sociales y comunicativas: Incremento de la atención orientada hacia una tarea o actividad específica. Aumento de las emisiones verbales intencionadas, dirigidas hacia una persona (compañero o personal del centro) o animal. Incremento de órdenes sencillas.
- ✓ Mejora de problemas de conducta.

Indirectamente estos objetivos esperan también obtener beneficios en otros agentes:

- Los familiares, compañeros y personal del centro de las personas con DIP al notar en ellos una mejoría en las áreas de comunicación, conducta y motricidad.
- Los terapeutas, al facilitarles una herramienta más para mejorar, en lo posible, la calidad de la terapia que se proporciona a los pacientes.
- La comunidad científica ya que podrá avanzar en las investigaciones de TAA en este tipo de pacientes.

## **Método:**

La muestra final la conformaron 7 sujetos residentes del Módulo A (Unidad 3) del Hospital Psiquiátrico San Juan de Dios (Cienfuegos). Todos los participantes están diagnosticados de “Discapacidad intelectual Profunda con problemas de conducta”.

Dado que no todas las personas reaccionan igual ante la presencia de un animal, esta intervención no está dirigida a todos los usuarios. Antes de comenzar con la intervención, se procedió a la selección de los participantes. De todos los módulos de la Unidad 3 se seleccionó el Módulo A, puesto que son los usuarios que podrían mejorar diferentes competencias en su vida. El resto de usuarios pertenecientes a otros módulos sufren mayores deterioros cognitivos y psicomotrices por lo que, a priori, este tipo de intervención sería inútil.

En un primer momento se seleccionaron 10 participantes que, en un primer contacto, tuvieron acercamiento con el animal. Posteriormente, al ver que algunos de los usuarios dejaban de tener interés por el perro, se continuó con la intervención únicamente con los usuarios que daban una respuesta positiva siendo una muestra de 7.

Se llevaron a los usuarios del Modulo A en pequeños grupos a un recinto cerrado donde posteriormente se llevaron los perros. El criterio de inclusión consistía en ver qué usuarios respondían ante la presencia del animal. Para ello se acercó el animal a cada uno de ellos para ver si su cercanía le invitaba a acariciarle, decirle algo o centrar su mirada en él. Los que respondieron de forma positiva se convirtieron en los participantes.

La intervención se diseñó para ser aplicada durante 5 meses (desde noviembre hasta marzo) con el objetivo de realizar tantas sesiones como fuesen posibles antes de la entrega de este trabajo. Además hubo que tener en cuenta que los usuarios participan en otros talleres y actividades y que, en la temporada de navidad, prácticamente todo va orientado a esa temática.

Antes de proceder con la intervención, durante tres semanas se recogieron datos sobre las diferentes áreas que se trabajarían para poder establecer una línea base.

La intervención se realizó una vez a la semana durante una hora, en sesiones de grupo dirigidas por un psicólogo con la ayuda del educador del módulo.

Como ya se ha mencionado anteriormente, el perro no es concebido como el principal agente de cambio, sino como una herramienta del terapeuta que puede facilitar el cumplimiento de objetivos. Es por ello que en las actividades diseñadas el animal toma un papel más o menos relevante. Los usuarios con la ayuda del animal realizaron actividades que tenían como objetivo mejorar sus competencias en las áreas sensorial, motora y social y lograr un aprendizaje que pudiese ser generalizado a su vida cotidiana.

## **Diseño:**

Se trata de un diseño de caso único múltiple en el que se comparan los resultados de la intervención con los obtenidos como línea base durante tres semanas. Posteriormente se observan si los cambios de la intervención se mantienen o no en el tiempo. Tras comparar los resultados de ambos instrumentos durante las primeras dos semanas (ICAP y MOPI) y ver que las gráficas eran similares, se procedió a la descripción de los resultados del instrumento MOPI

para las áreas que ambos tienen en común (área motora y movimiento físico; área social y conformidad y comunicación; Actividades de la vida diaria y atención) ya que es un instrumento menos costoso de evaluar mientras que el ICAP supone un mínimo de 20 minutos.

El área de problemas de conducta se analizó a través del instrumento ICAP.

### **Descripción sesiones:**

**Fase I:** Selección de participantes, primera toma de contacto y establecimiento de la línea base.

Los objetivos de las sesiones fueron evaluar el patrón de comportamiento del usuario con el animal, seleccionar a los participantes más idóneos para el programa y acostumbrar a los usuarios a la presencia de los perros. Posteriormente, antes de iniciar la intervención se procedió al registro de la línea base.

Los usuarios del módulo A, en grupos de cinco personas, acudieron al lugar habilitado para el desarrollo de la terapia. El psicólogo, acompañado por la educadora, animó a los residentes a interactuar con los perros. Posteriormente el psicólogo cumplimentó el cuestionario del Sistema de Evaluación Conductual de la Habilidad Social (Caballo, 1988) para la selección de los participantes.

Tras la selección de los participantes y durante las siguientes tres sesiones, el psicólogo se reunió con el educador del módulo para hacer el registro de la línea base sobre los comportamientos en los que se quiere intervenir.

Los materiales utilizados fueron el Sistema de Evaluación Conductual de la Habilidad Social (Caballo, 1988) para la selección de los participantes, una colchoneta y los dos perros entrenados para TAA, los registros conductuales (MOPI) y el cuestionario ICAP.

### **Fase II:** Intervención TAA.

Durante esta fase todas las sesiones tuvieron la misma estructura general, salvo la actividad central que fue diferente en función de los objetivos marcados.

La estructura se concibió para trabajar todos los objetivos específicos en todas las sesiones. Antes de cada actividad el psicólogo la explicó detenidamente e hizo de modelo para que los usuarios pudiesen ver la acción que debían ejecutar. Prestó guía física y verbal cuando fue necesario y reforzó todas las respuestas adecuadas. Gradualmente se fueron desvaneciendo esas guías ya que los usuarios iban realizando las actividades de forma relativamente autónoma.

Estructura de las sesiones:

#### 1. *Introducción a la sesión* (15 min.)

Objetivo: Mejorar las competencias en el área social.

La sesión comenzará con un ritual de saludo. Los participantes se colocan en un círculo concéntrico a los perros. El terapeuta llama por su nombre a cada uno de ellos y éste debe acercarse a uno de los animales, darle los buenos días, entregarle un pedazo de

comida que el terapeuta le ha dado previamente y volver a su sitio. Tras el ritual de saludo, se revisa la secuencia de actividades de la sesión con ayuda de una agenda de pictogramas.

## 2. *Paseo con los perros* (15 min.)

Objetivo: Mejorar las competencias en el área motora.

Con ayuda del terapeuta y educador los participantes deben colocar los arneses y las correas a cada uno de los perros. Se sale del recinto en el que se lleva a cabo la terapia y se da un paseo durante 15 minutos. Los participantes son los encargados de llevar las correas y premiar a los perros cada vez que defequen u orinen, así como de recoger los excrementos que depositen en el suelo.

## 3. *Actividad central* (15 min.)

Los objetivos de la actividad central cambiarán cada dos sesiones, de manera que cada semana se dedicará a uno de los objetivos específicos. Más adelante se explican los cuatro tipos de actividades diseñadas para trabajarlos, divididas en cuatro módulos (A, B, C y D).

## 4. *Cierre de la sesión* (15 min.)

Objetivos: Mejorar las competencias para realizar las actividades de la vida diaria y/o mejorar las competencias en el área sensorial.

Los usuarios se encargan de realizar los cuidados básicos del perro (servir el agua y comida así como el cepillado). El psicólogo les anima a acariciar a los perros centrándose en su textura y temperatura. Tras ello, recogen todo el material utilizado durante la sesión y lo guardan en su lugar correspondiente. Para terminar la sesión, con ayuda de la agenda de pictogramas, se repasa todo lo que se ha realizado ese día, se recuerdan los nuevos conceptos o habilidades trabajadas y se refuerza el trabajo de cada uno de los participantes.

### ➤ Módulo A: Área motora

Las actividades de este módulo van dirigidas a conseguir un mayor repertorio de conductas motoras gruesas y finas a través del moldeado. Se propone como actividad la realización de pequeños circuitos en los que los participantes junto a los perros, recorren una serie de obstáculos. Los participantes cogen el perro con la correa y éste, delante de ellos, les guía a través del circuito. Se trabaja a través del moldeado, de manera que las primeras sesiones se dedican a trabajar la deambulación (realizando recorridos cortos) y el manejo de objetos pequeños (encajando anillas en una argolla), para pasar a trabajar conductas más complejas en sesiones posteriores (subir y bajar escalones, saltar, agacharse, introducir y sacar objetos de recipientes pequeños). Tras cada circuito realizado correctamente hay refuerzo verbal. La dificultad del circuito aumenta gradualmente conforme al ritmo de los participantes.



➤ Módulo B: Área social

En las actividades de este módulo se trabajan las interacciones entre los participantes y entre éstos y los perros para conseguir que aumenten sus expresiones con intención comunicativa y la comprensión del lenguaje. Las actividades consisten en juegos lúdicos con los perros y los compañeros. Ejemplos de actividades realizados: juegos de pelota, juegos en los que hay que obedecer órdenes, juegos con pictogramas y, en sesiones más avanzadas, juegos de llamadas o juegos en las que los participantes dan órdenes al perro. El psicólogo refuerza verbalmente las interacciones entre los participantes y entre éstos y los perros, así como las expresiones comunicativas.

➤ Módulo C: Actividades de la vida diaria.

En la Unidad existe un programa de autonomía personal dirigido a todos los usuarios. En él se trabajan las áreas de aseo, vestido y alimentación a través del aprendizaje de nuevas conductas por encadenamiento. Se proponen las actividades de este módulo como complemento y apoyo al programa de la Unidad para facilitar la adquisición de las habilidades necesarias para lograr una mayor independencia. Se trabaja con el encadenamiento hacia delante como técnica para el aprendizaje de estas habilidades. Para ello se desglosa cada actividad en una secuencia de pasos simples, de manera que se presenta el paso inicial de la cadena para enlazarlo con el siguiente cuando el primero se realice correctamente. Se refuerza socialmente (atención a través de elogios y alabanzas) cada vez que el participante supera un nuevo objetivo, es decir, emita el nuevo eslabón junto a todos los anteriores. Durante las primeras sesiones los nuevos aprendizajes se centran en el cuidado del perro para, paulatinamente, enfocar ese aprendizaje al cuidado personal. Durante la intervención se practican estos aprendizajes, además de en los días programados, en el cierre de cada sesión. *Cadenas propuestas para el cuidado del perro:* Cepillar al perro, echar colonia al perro, lavarle los dientes, servirle agua, servirle la comida, recoger el material de las sesiones e introducirlo en el armario correspondiente, barrer el espacio habilitado para las sesiones. *Cadenas propuestas para el autocuidado:* Lavarse las manos, peinarse, cepillarse los dientes, usar colonia, beber de un vaso, usar el tenedor para pinchar, utilizar el cuchillo para cortar y usar la cuchara para llevarse la comida a la boca.

➤ Módulo D: Área Problemas de conducta.

Durante estas sesiones se trabaja la tolerancia a la frustración y la alternativa de respuestas no agresivas. El terapeuta explica cómo hay que responder ante diferentes situaciones donde los participantes se pueden frustrar consigo mismo o con sus compañeros. Reforzará verbalmente a los participantes cuando emitan respuestas adecuadas.

Figura 1. Resumen de las áreas registradas.

<b>Variables</b>	<b>Descripción</b>
Área Motora	Movimiento físico
Área social	Comunicación Vida comunidad Atención
Actividades de la vida diaria	Habilidades personales
Problemas de conducta	Autolesión Heteroagresión Destrucción objetos Conductas disruptivas Estereotipias Conducta social ofensiva Retraimiento Conducta no colaborativa

### **Instrumentos:**

Los instrumentos utilizados en la intervención fueron el ICAP (Montero,1999) y el MOPI ( Schiro- Geist, 2001). Ambos instrumentos son frecuentes en el registro de conductas en discapacidad intelectual.

El ICAP es una prueba normativa que evalúa la conducta adaptativa y desadaptativa a partir de cuatro dimensiones con una puntuación de 0-3 y una parte de problemas de conducta donde especifica la frecuencia (0-5) y la gravedad (0-4) ambas escalas de menos a mayor intensidad.

En las diferentes destrezas se especifican:

- *Destrezas motoras*: Esta escala evalúa destrezas de motricidad fina y gruesa relacionadas con la movilidad, la forma física, la coordinación motora general, la coordinación visomotora y la precisión de movimientos.

-*Destrezas sociales y comunicativas*: Evalúa destrezas implicadas en la interacción social de distintos entornos y, también, comprensión y expresión del lenguaje, transmitido a través de signos, de forma escrita u oralmente.

-*Destrezas de la vida personal*: Evalúa destrezas relacionadas con el autocuidado y autonomía personal: alimentación, vestido, aseo, etc.

-*Destrezas de vida en la comunidad*: Evalúa destrezas de autonomía en el ámbito social: desenvolvimiento en la ciudad, uso del dinero, trabajo, relación con instituciones, etc.

Por su parte, el apartado de *problemas de conducta* recoge:

- 1- Problemas de conducta internos: Comportamiento autolesivo o daño a sí mismo, estereotipias y retraimiento o falta de atención
- 2- Problemas de conducta asociales: Conducta no colaboradoras y conducta social ofensiva.
- 3- Problemas de conducta externos: Conducta disruptiva, destrucción de objetos y heteroagresividad o daño a otros.

El ICAP fue tipificado en la Comunidad Autónoma del País Vasco (Montero, 1996) utilizando una amplia muestra (N=900). En lo relativo a la fiabilidad del ICAP, la investigación efectuada sobre todo en muestras de personas con discapacidad mostró que posee una adecuada consistencia interna, una satisfactoria fiabilidad test retest y que las estimaciones realizadas por evaluadores independientes son consistentes entre sí. Otra serie de estudios pusieron de manifiesto su sólida validez de contenido y de constructo. Por último, otras investigaciones realizadas señalaron su buena validez de criterio, evidenciando la potencial significación de las puntuaciones ofrecidas por el ICAP en decisiones profesionales vinculadas a la educación especial, residencias para personas con discapacidad, centros especiales de empleo, centros ocupacionales, centros de día y en el diagnóstico de discapacidad intelectual y problemas de conducta.

El MOPI: Es un instrumento facilitado por Affinity y adaptado a los pacientes con discapacidad intelectual gravemente afectados. En él se recogen los datos en una escala de 1 a 7 (no evidencia de su comportamiento a fuerte evidencia de su comportamiento). Los participantes son evaluados a través del tiempo, desde el principio de la prueba hasta el final de tratamiento.

- Movimiento físico: Comprende movilidad gruesa y fina y engloba el movimiento observado orientado en una tarea determinada.
- Comunicación: Solamente expresión verbal intencionada.
- Conformidad: Comprende el seguimiento de instrucciones implícitas y directas por parte del usuario así como la finalización de las tareas asignadas.

### **ANÁLISIS:**

El análisis de los datos obtenidos se llevó a cabo utilizando el programa IBM SPSS Statistics Versión 19 mediante gráficas de cada una de las áreas a tener en cuenta (atención, motricidad, comunicación, conformidad y problemas de conducta). Para analizar las conductas problema de los participantes se utilizó la prueba estadística Wilcoxon ya que, según la teoría, es la prueba más potente que emplea dos muestras relacionadas y da puntuaciones de diferencia que pueden clasificarse en magnitud absoluta.

El motivo principal de realizar una evaluación Pre y Post en las conductas problema ha sido principalmente por el tiempo que conlleva el registro del cuestionario ICAP. Al ser un instrumento tan largo, suponía quitar una media de 140 minutos semanales a las educadoras para registrar las conductas de los participantes. Al ser algo inviable, se decidió trabajar con el MOPI para el resto de conductas y utilizar el ICAP como medida Pre y Post en el caso de las conductas problema.

### **RESULTADOS:**

Se calculan los resultados de cada área a tener en cuenta de manera individual y por cada sujeto.

Como se observa en la tabla 2 la atención del participante 1 va incrementando considerablemente hasta mantenerse de manera estable tras la intervención. A este participante le costó realizar la primera actividad de la intervención ya que no le motivaba y no se esforzó en

realizarla. Eso explica la bajada de puntuación de 2 a 1. El resto de actividades lo vivencia más positivamente y se involucra más en la ejecución de las mismas.

La tabla 3 muestra los resultados de la motricidad. De nuevo el participante 1 baja la puntuación al inicio de la intervención. Esta bajada se explica por el contacto inicial con los perros. Al principio le costó colocar los arneses y las correas cosa que le hizo tener posteriormente menos participación y contacto con los animales. En el resto de las sesiones, al ver como el profesional las realizaba antes, se fue habituando más a la tarea inicial ejecutando el resto con mayor facilidad y motivación. Fue incrementando su repertorio de conductas motoras gruesas y finas que ha mantenido estable tras la intervención.

Figura 2. Atención participante 1

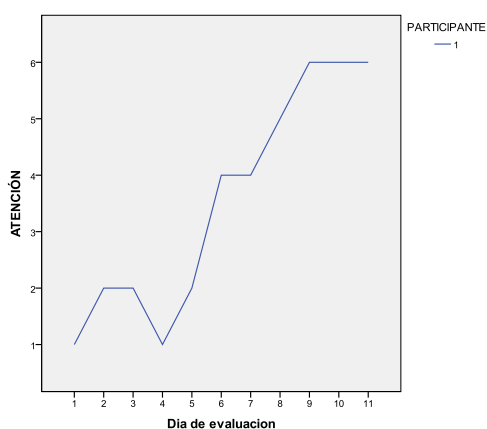
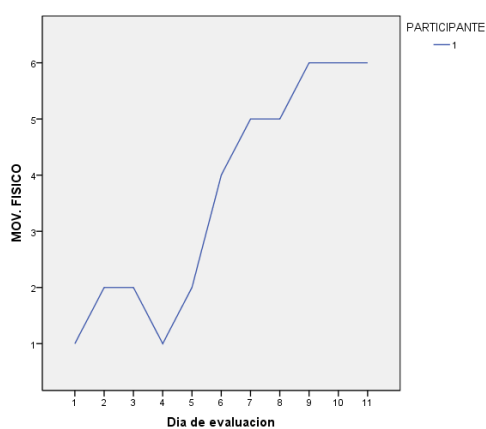


Figura 3. Movimiento físico participante 1



En la tabla 4 se muestran los resultados del área de comunicación. El participante 1 no tiene sistema de comunicación oral como tal. Se registró con una puntuación 2 antes de la intervención por la intencionalidad de los sonidos que ejecutaba. Durante la intervención y posterior a ésta no ha habido ninguna señal oral comunicativa.

Figura 4. Comunicación participante 1

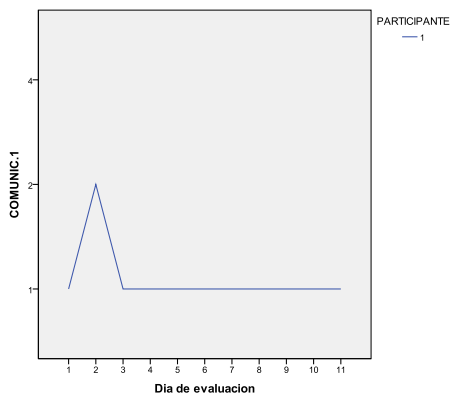
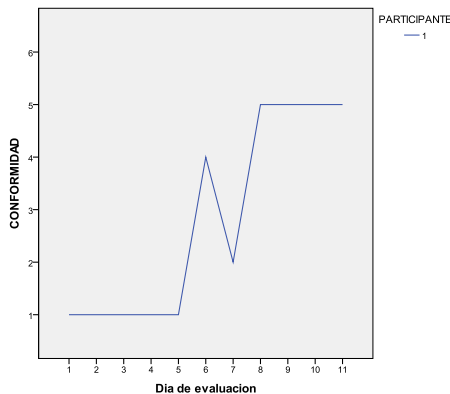


Figura 5. Conformidad participante 1



La tabla 5 muestra los resultados de conformidad o seguimiento de órdenes. Aunque las en las primeras sesiones le costó cumplir con lo establecido, posteriormente fue incrementando las puntuaciones y conseguir mantener una estabilidad tras la intervención. Durante séptima sesión, consistente en dar órdenes al perro, el participante 1 se mostró más pasivo.

La tabla 6 muestra los resultados en el área de atención del participante 2. La variabilidad de las puntuaciones se explica por el objetivo de las tareas. Cuando éstas estaban relacionadas con el cuidado del perro el participante lo ejecutaba sin problemas, pero si la acción se relacionaba con recoger el material, se mostraba más pasivo y ausente.

Figura 6. Atención participante2

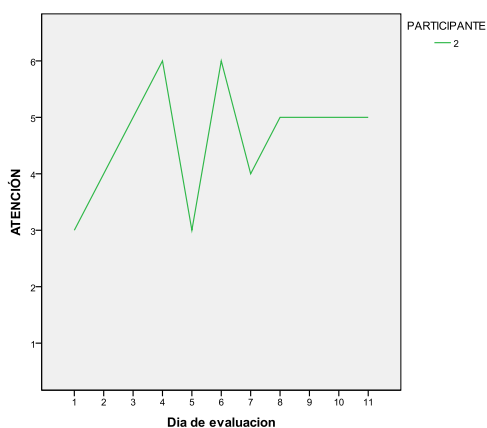
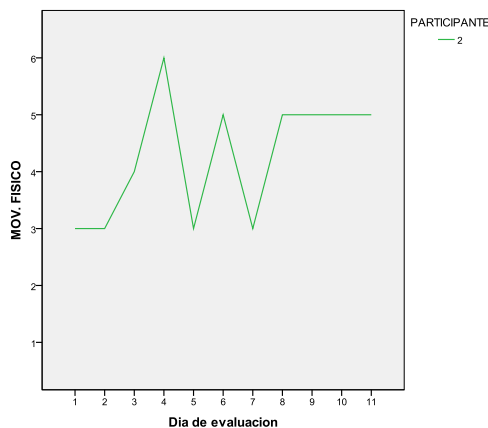


Figura 7. Movimiento físico participante2



En la tabla 7 observamos los resultados del área motora del participante2. La variabilidad en la puntuación se explica por la dificultad de los circuitos planteados. Al aumentar la dificultad disminuía su motricidad, sobre todo la relacionada con la motricidad fina (encajar anillas, introducir objetos). Una vez que se repetían algunas de esas acciones en sesiones posteriores, su destreza iba en aumento.

El participante 2 no muestra ninguna mejoría en el área de comunicación (tabla8). No dispone de lenguaje oral.

Figura 8. Comunicación participante2

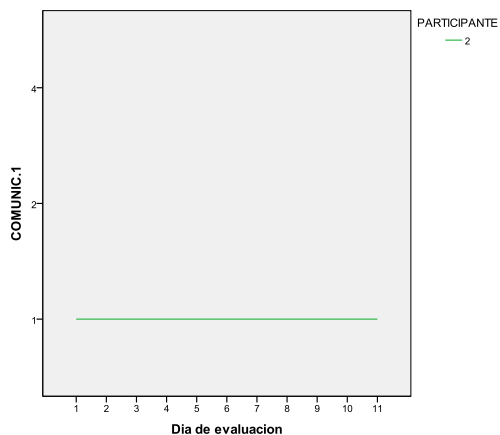
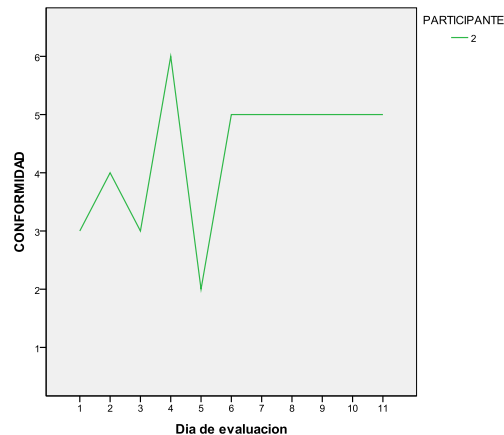


Figura 9. Conformidad participante2



La tabla 9 representa el seguimiento de instrucciones y finalización de tareas. La puntuaciones más bajas se deben a la no realización completa de la actividad (tirar la pelota al perro y pedírsela de nuevo).

En la tabla 10 observamos los resultados en la atención del participante 3. En este caso le ha costado mucho la realización de tareas relacionadas con el cuidado del perro (cepillarle, echarle colonia, darle de comer...) aunque el profesional las ejecutara antes e hiciese el paso inicial del encadenamiento. A medida que avanzan las sesiones y repite los pasos, se van observando cambios. Con este participante no se han podido ejecutar tareas cada vez más complejas, pero si conseguir la realización de algunos de los pasos siguientes.

Figura10. Atención participante3

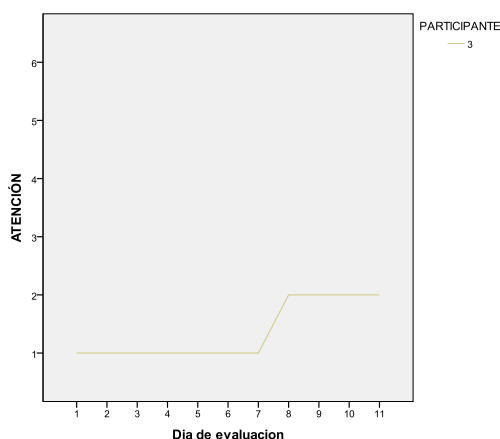
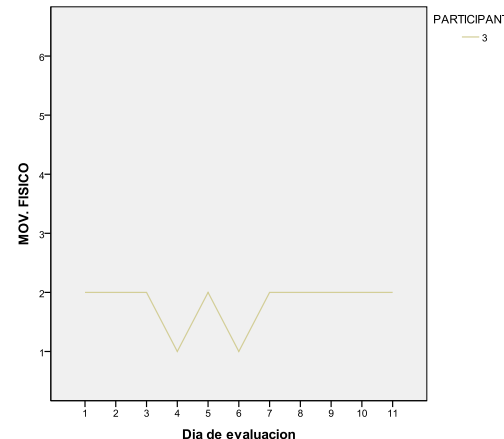


Figura 11. Movimiento físico participante3



El participante 2 más que evolucionar en cuanto a la motricidad, se ha mantenido estable. La realización de circuitos los ha ejecutado con bastantes dificultades, pero hay que tener en cuenta que su deambulación no es buena. Tiene dificultades para caminar. Lo que sí ha mostrado es una buena actitud hacia los perros y ha intentado, dentro de sus capacidades, finalizar la tarea propuesta.

Éste participante tampoco posee lenguaje oral y no ha mostrado ninguna mejoría (tabla12).

Figura 12. Comunicación participante3

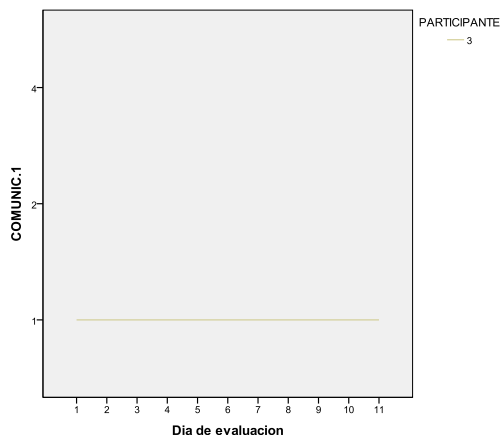
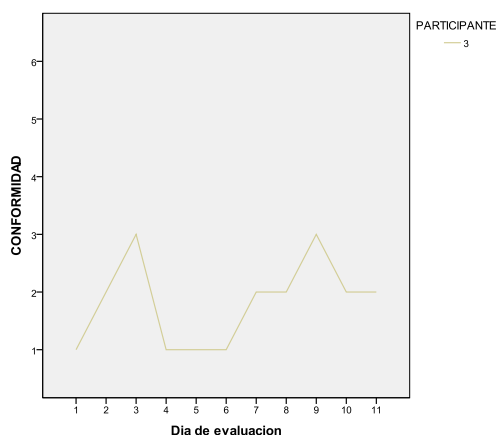


Figura 13. Conformidad participante3



En cuanto al seguimiento de órdenes o finalización de la tarea el participante 3 ha ido incrementando su puntuación. Al principio le costó la finalización de tareas cuando el perro se movía. Esto le hacía perder la confianza y la dejaba sin terminar. A partir de la 4ª sesión de la intervención se habituó a los movimientos de los perros y ha logrado ejecutar con éxito algunas tareas.

La tabla 14 representa el nivel de atención del participante 4. Desde que se inicia la intervención responde de manera muy favorable. Es capaz de realizar las actividades propuestas tal y como lo realiza el profesional. En la novena sesión su nivel de atención baja un punto y se mantiene estable una vez terminada la intervención. No es una bajada muy significativa.

Figura14. Atención participante4

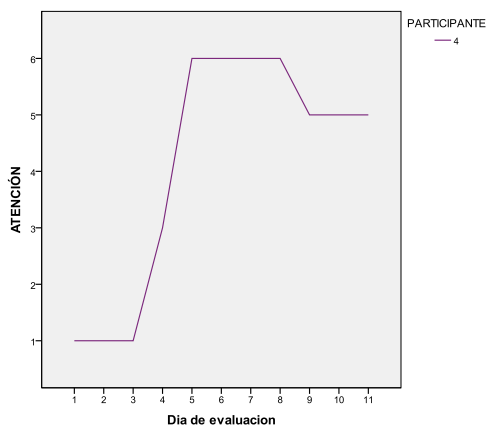
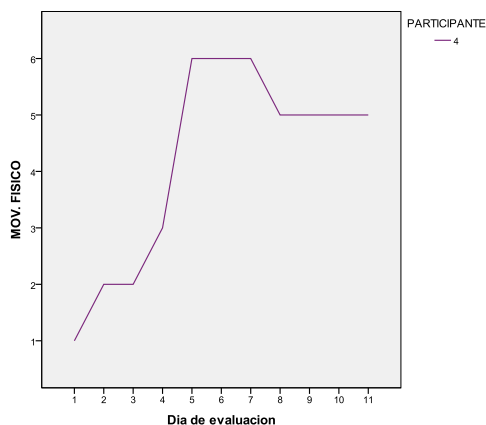


Figura 15. Movimiento físico participante 4



La motricidad del participante 4 ha ido aumentando según avanzaban las sesiones (tabla15). No ha tenido ninguna dificultad en la realización de circuitos ni en el manejo de objetos pequeños. La bajada de las últimas sesiones es debido a la dificultad de la tarea (circuitos más largos donde había que subir y bajar escaleras y agacharse más a menudo).

El participante 4 no posee lenguaje oral y no ha habido ningún cambio en esta área.

Figura 16. Comunicación participante 4

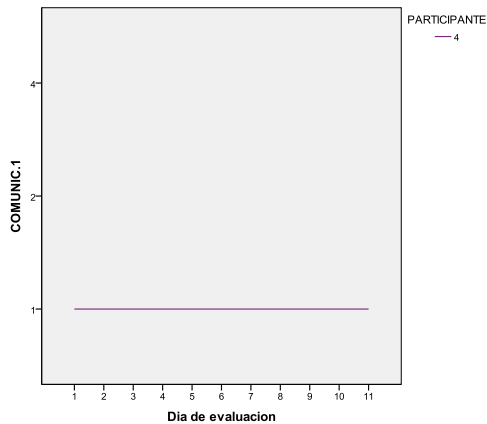
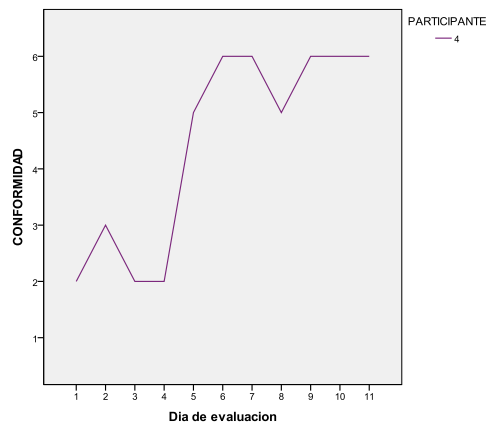


Figura 17. Conformidad participante 4



En cuanto a la obediencia de órdenes y finalización de tareas (tabla17), el participante 4 ha tenido una evolución favorable. Cada vez se demoraba menos en realizar la tarea propuesta y conseguía terminarla. En la sesión 9, debido a la dificultad de la tarea propuesta, tardó más en finalizar el ejercicio. Tras la intervención esta mejoría significativa se mantiene en la vida diaria de la unidad, atendiendo las órdenes de educadores y finalizando sus ejercicios del taller correspondiente.

La evolución del participante 5 en cuanto a la atención ha variado más que en el resto de sus compañeros. En las primeras sesiones mostraba gran interés y ejecutaba las tareas tal y como había ejemplificado el profesional. A medida que las sesiones iban avanzando, la atención ha ido disminuyendo hasta mantenerse en los mismos niveles iniciales. Esta variabilidad tiene mucho que ver con la personalidad del participante. En función de si le apetece o no realizar las tareas, su esfuerzo se acrecienta.

Lo mismo podemos observar en cuanto a su motricidad (tabla19). En función de si le apetecía más o menos realizar los circuitos y ejercicios correspondientes, respondía mejor o más pasivamente.

Figura 18. Atención participante 5

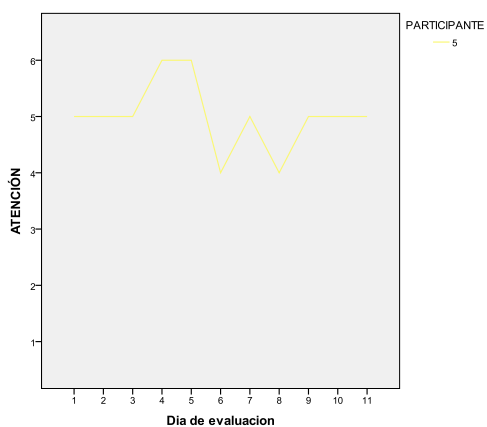
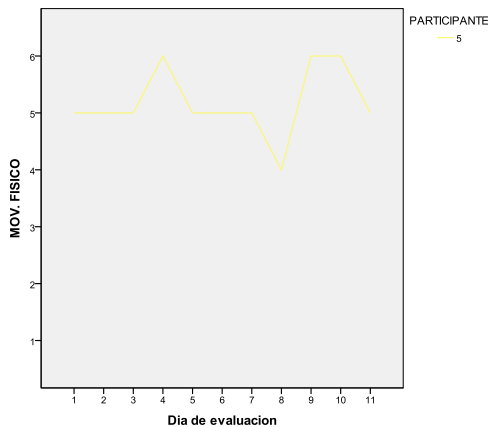


Figura 19. Movimiento físico participante 5





En cuanto al área de comunicación, el participante 5 es el único que ha mostrado una evolución favorable. A pesar de que no dispone de lenguaje oral, ha sido capaz de emitir sonidos con intencionalidad. Además estas expresiones han ido acompañadas de lenguaje no verbal, que ayudaba a comprender el significado de su emisión.

Figura 20. Comunicación participante 5

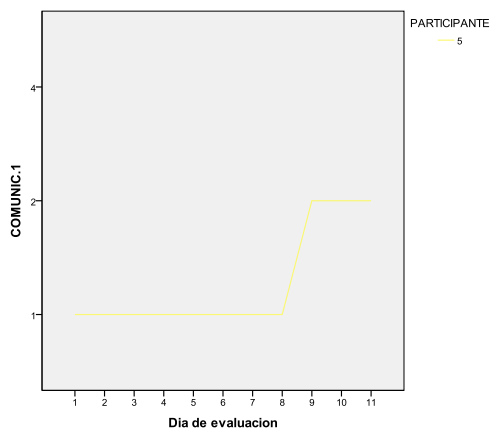
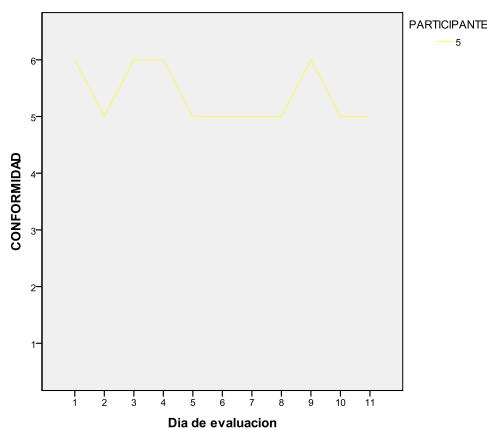


Figura 21. Conformidad participante 5



La obediencia de órdenes y finalización de las tareas (tabla21) han dependido, de nuevo, del grado de motivación del participante. Aunque siempre se ha movido desde niveles más altos, dispone de mayores capacidades que el resto de sus compañeros, el esfuerzo en todas las áreas (atención, movimiento físico y conformidad) ha variado en función de las ganas que pusiese.

El paciente 6 ha tenido una evolución ascendente que se ha mantenido tras la intervención. Ha ejecutado los encadenamientos cada vez con más destreza a pesar de que la dificultad de las actividades aumentarían. Con más tiempo de intervención hubiese conseguido ejecutar todos los ejercicios con soltura.

Lo mismo ocurre en las tareas de circuitos de psicomotricidad (tabla23). Su evolución ha ido aumentando a medida que avanzaban las sesiones. A pesar de que había algunas que le costaban más que otras (de ahí a que las puntuaciones bajaran 1 punto en sesiones posteriores) su evolución se ha mantenido en niveles elevados.

Figura 22. Atención participante 6

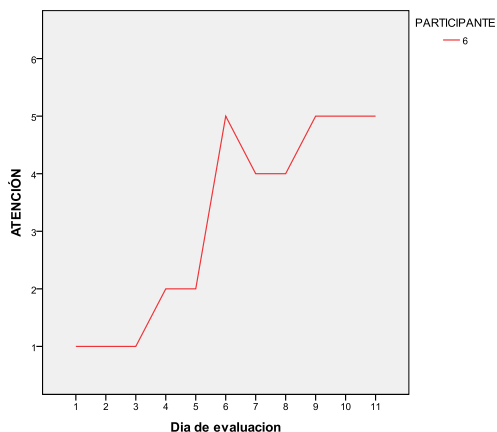
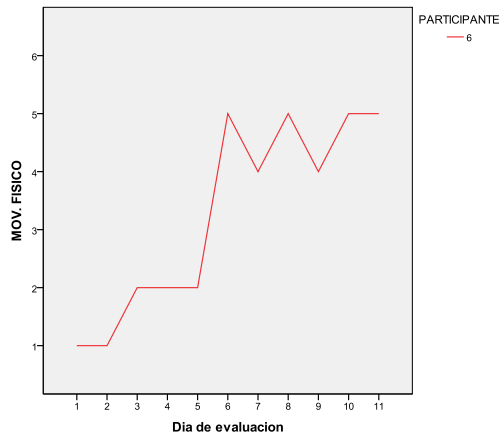


Figura 23. Movimiento físico participante 6



El participante 6 se comunicaba mediante sonidos y gestos antes de iniciar la intervención. Una vez iniciada ésta (tabla 24), su comunicación ha sido más fluida y con objetivos más claros.

Su evolución en cuanto a la conformidad también ha sido favorable (tabla25). Aunque ha tardado en finalizar tareas en alguna sesión (mayor complejidad), su evolución se ha mantenido tras el proceso.

Figura 24. Comunicación participante 6

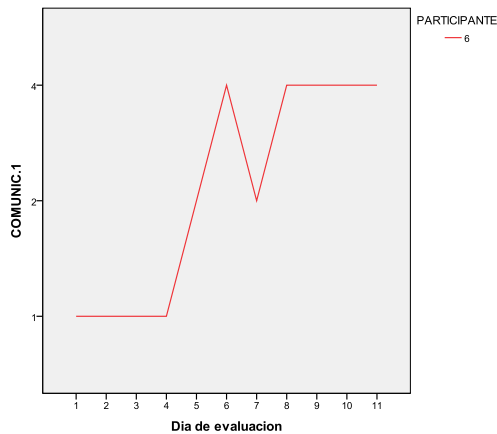
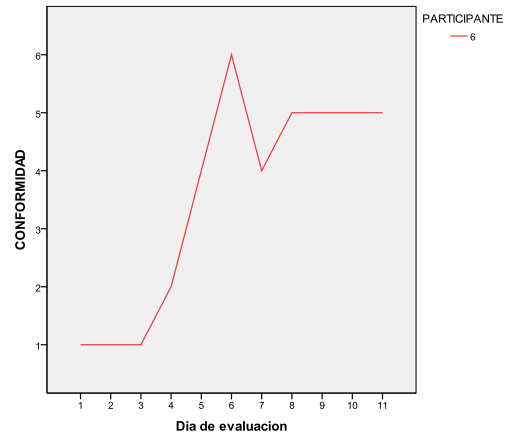


Figura 25. Conformidad participante 6



La evolución del participante 7 ha sido más equilibrada en todas las áreas. Tanto la atención (tabla26) como la motricidad (tabla27) o conformidad (tabla 29), han ido en aumento en las primeras sesiones de intervención, se han mantenido en otras donde la dificultad iba en aumento y, posteriormente, a seguido evolucionando. Tras la intervención observamos una bajada en la puntuación. Posiblemente si registrásemos la conducta dentro de un mes encontraríamos valores inferiores. Esto puede explicarse por la duración del tratamiento. Es posible que este participante necesitara más sesiones de intervención para consolidar sus destrezas y que éstas se mantuviesen.

Figura 26. Atención participante 7

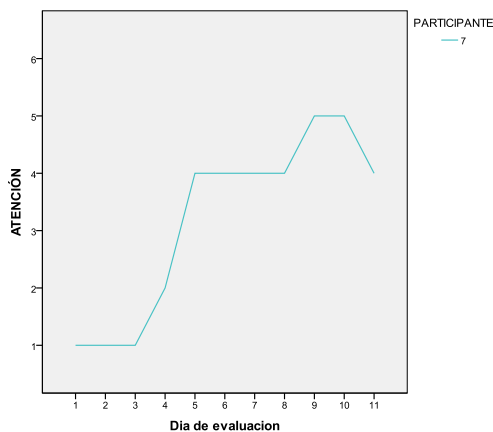
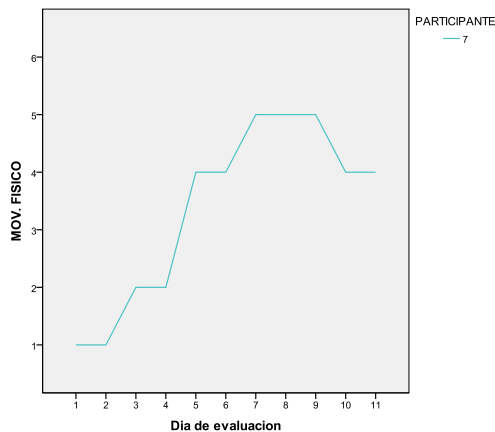


Figura 27. Movimiento físico participante 7



En cuanto a la comunicación del participante 7 no ha habido grandes cambios. Aunque consiguió un cambio en la quinta sesión, éstos se han mantenido así a lo largo de todo el proceso y tras éste. Aunque esto no parezca un gran avance, hay que tener en cuenta que todos los participantes de este proyecto no disponen de lenguaje oral como tal y la emisión de sonidos con intencionalidad de comunicar sus necesidades o sentimientos es más que satisfactorio.

Figura 28. Comunicación participante 7

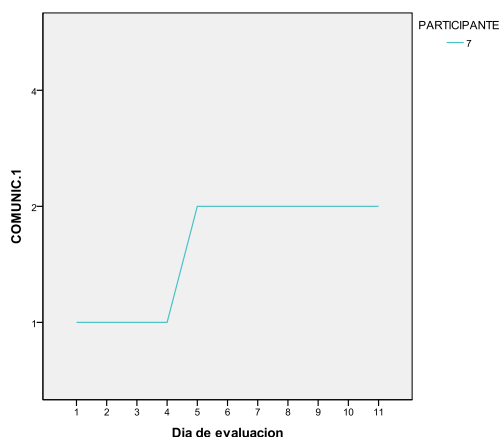
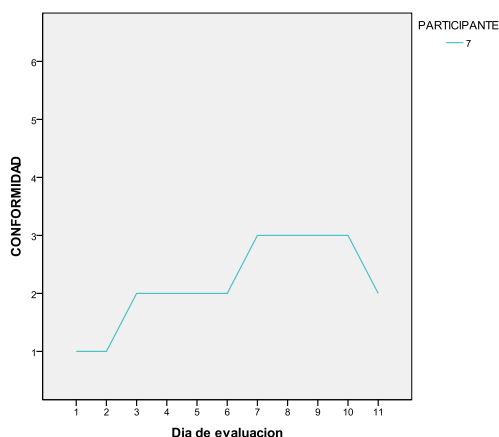


Figura 29. Conformidad participante 7



En cuanto a las conductas problema podemos observar en la tabla 30 como no hay resultados significativos en ninguna de las áreas. La frecuencia de las conductas de los pacientes antes y después de la intervención no difiere. En términos de la prueba de Wilcoxon, la suma de los rangos positivos es igual a la suma de los rangos negativos.

Figura 30. Problemas de conducta todos participantes

Resumen de prueba de hipótesis				
	Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1	La mediana de las diferencias entre AUTOLESIONES_PRE y AUTOLESIONES_POS es igual a 0.	Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo de muestras relacionadas	1,000	Retener la hipótesis nula.
2	La mediana de las diferencias entre HETEROAGRESIONES_PRE y HETEROAGRESIONES_POS es igual a 0.	Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo de muestras relacionadas	,102	Retener la hipótesis nula.
3	La mediana de las diferencias entre DESTRUCC. OBJ._PRE y DESTRUCC. OBJ._POS es igual a 0.	Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo de muestras relacionadas	,317	Retener la hipótesis nula.
4	La mediana de las diferencias entre COND. DISRUPTIVA_PRE y COND. DISRUPTIVA_POS es igual a 0.	Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo de muestras relacionadas	,317	Retener la hipótesis nula.

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es ,05.

Resumen de prueba de hipótesis				
	Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
5	La mediana de las diferencias entre ESTEREOTIPIAS_PRE y ESTEREOTIPIAS_POS es igual a 0.	Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo de muestras relacionadas	,317	Retener la hipótesis nula.
6	La mediana de las diferencias entre COND. OFENSIVA_PRE y COND. OFENSIVA_POS es igual a 0.	Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo de muestras relacionadas	,180	Retener la hipótesis nula.
7	La mediana de las diferencias entre RETRAIMIENTO_PRE y RETRAIMIENTO_POS es igual a 0.	Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo de muestras relacionadas	1,000	Retener la hipótesis nula.
8	La mediana de las diferencias entre COND. NO COLAB_PRE y COND. NO COLAB_POS es igual a 0.	Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo de muestras relacionadas	,157	Retener la hipótesis nula.

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es ,05.

Si observamos a los participantes de manera individual sí podemos ver que hay mejorías en algunas de las áreas. Por ejemplo el participante 1,3 y 6 han mejorado la conducta de Heteroagresiones. El participante 1 también ha visto una mejoría en la conducta de Estereotipia. Finalmente el participante 5 ha disminuido las puntuaciones de la Conducta social ofensiva y la Conducta disruptiva.

A pesar de darse ciertas mejorías en estos participantes no son unas mejorías significativas si lo generalizamos a toda la muestra. Seguramente necesitaríamos más tiempo de intervención para conseguir los resultados esperados ya que no todos los participantes adquieren los cambios al mismo ritmo.

### **Discusión:**

El propósito de esta intervención fue observar si había mejoras en las áreas mencionadas anteriormente en este colectivo diagnosticado de discapacidad intelectual gravemente afectados con trastornos de conducta. Atendiendo a esta hipótesis, los resultados muestran datos bastante esperanzadores. Todos los sujetos han mejorado en todas las áreas trabajadas y, en su mayoría, se han mantenido los resultados tras la intervención.

De cualquier modo, no hay resultados publicados con los que poder comparar más que la propia evolución de los participantes. De hecho, comparar a los participantes entre sí tampoco aportaría datos generalizables, ya que aunque todos compartan el mismo diagnóstico, las competencias en las que necesitan apoyos extensos no son las mismas. El sentido de realizar un diseño de caso único múltiple precisamente es poder ver la evolución de sujetos en su particularidad.

De cualquier modo los resultados de esta investigación deben ser interpretados con cautela. Primero por la escasa investigación que hay en este tipo de población y segundo por las diferencias entre los sujetos aunque compartan el mismo diagnóstico. El objetivo de la investigación era ver si los participantes mostraban mejoras en diversas áreas de cara a la mejoría en la convivencia de la unidad. Es decir, no pretendía ser la base de ningún estudio posterior, sino ser un estudio interno que sirviese como complemento a los talleres e intervenciones que mejorasen el bienestar y calidad de vida de cada uno de los participantes.

Atendiendo a la literatura, parece que la TAA está ganando cada vez más terreno como terapia avalada por la comunidad científica. Se plantea como una modalidad terapéutica que comienza a difundirse en diferentes países.

A pesar de ello, la bibliografía que muestra sus beneficios no es todavía demasiado extensa. Aún queda mucho por avanzar en este campo y esto quizá sea debido a las limitaciones que presenta, ya que se trata de una terapia complementaria algo costosa que no puede ser realizada por cualquier profesional, debe ser un psicólogo formado en la materia. Tampoco puede ser recibida por cualquier sujeto, ya que no debe padecer ningún problema que ponga en riesgo su salud.

De las pocas investigaciones que podemos encontrar, difieren en el tipo de tratamiento, actividad planteada y duración de las sesiones. Esto dificulta que podamos comparar los resultados entre las mismas y conocer qué modalidad de tratamiento pueda ser más efectiva. En este sentido, el planteamiento de Burch (2000) sobre la evaluación de los programas de

intervención puede ser un buen referente para el diseño de las mismas. Por otro lado, al presentarse la TAA como un complemento terapéutico, en las investigaciones debería incluirse información relativa al tratamiento en el que está siendo integrada.

Bachi (2012) propone diferentes soluciones para la publicación de artículos sobre la TAA:

- La coordinación entre los diferentes estudios que emplean programas de TAA ayudaría a que el tamaño muestral aumentara y las muestras se pudieran homogeneizar.

- Tratamientos prolongados en el tiempo que fomenten cambios más profundos y, por tanto, puedan ser estadísticamente significativos.

- Elaboración de instrumentos de medición específicos para la TAA.

Además, como en el caso de este estudio, la mayoría de los estudios analizados presentan pocos meses de tratamiento. Esto impide que se pueda establecer un vínculo paciente-animal, principio sobre el que se fundamenta esta práctica. Por otro lado, no permite controlar el efecto de novedad de la presencia de los animales. Por ejemplo, en el estudio de Kawamura, Niiyama y Niiyama (2007) los síntomas volvieron a empeorar tras seis meses de tratamiento. Existen pocas investigaciones que tomen medidas de seguimiento tras la intervención impidiendo que podamos determinar el alcance a medio-largo plazo de los tratamientos. En este estudio, debido a la falta de tiempo, pasa lo mismo. Sólo disponemos de dos medidas posteriores para observar si los cambios producidos por la intervención se mantienen en el tiempo. Hasta que no conozcamos estos efectos no sabremos en qué medida esta terapia es dependiente de la presencia del animal.

Sin embargo, parecen ser mayores las ventajas que las desventajas. Se trata de una terapia motivadora, tanto para los participantes como para el personal, en la que caben todo tipo de objetivos y actividades. Uno de sus grandes puntos fuertes es precisamente la capacidad de adaptabilidad los colectivos y necesidades. Por otro lado, es una terapia que puede realizarse al aire libre, fomenta el ejercicio físico y las salidas del entorno habitual.

Este trabajo no es más que una pequeña muestra de lo que parece una nueva línea de investigación que esperamos se haga cada vez más potente y, de este modo, contribuya a mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual y todas aquellas que puedan ser beneficiarias de las TAA.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

- Allen, K.M. & Blaschovich, J. (1996). The value of service dogs for people with severe ambulatory difficulties. *Journal of the American Medical Association*, 275(13),1001-1006.
- Álvarez, A., Torres, G., Villazala, O., López-Cortón, A., Moldes, V., Saavedra, M., Larrañeta, L., & Pérez, L. (2013). Efectos de la Terapia Asistida con Animales en personas con daño cerebral o lesión medular. *Mapfre Trauma*, 24(2), 109-116.
- Anderson, W., Reid, P. & Jennings, G. (1992). Pet ownership and risk factors for cardiovascular disease. *Medical Journal of Australia*, 157, 298-301.
- Arias, V., Arias, B., & Morentín, R. (2008). Terapia asistida por caballos: nueva propuesta de clasificación, programas para personas con discapacidad intelectual y buenas prácticas. *Siglo Cero*, 39 (226), 18-30.
- Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (2011). *Discapacidad intelectual. Definición, clasificación y sistemas de apoyo*. Trad. De Verdugo, M. A. (11ª ed.) Madrid: Alianza Editorial.
- Bardill, N., & Hutchinson, S. (1997). Animal-Assisted therapy with hospitalized adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 10 (1), 17-24.
- Bachi, K. (2012). Equine-Facilitated Psychotherapy: the gap between practice and knowledge. *Society and Animals*, 20, 364-380.
- Beck, A.M. (2000). El uso de los animales en beneficio de los humanos: Terapia Asistida por animales. En A. Fine. *Manual de terapia asistida por animales: Fundamentos teóricos y modelos prácticos* (pp.23-45).Barcelona: Viena Serveis Editorials, S.L.
- Burch, M.R. (2000). Evaluación y control de calidad de los programas de Terapia Asistida por Animales. En A. Fine. *Manual de Terapia Asistida por Animales: Fundamentos teóricos y modelos prácticos* (pp. 151-172). Barcelona: Viena Serveis Editorials, S.L.
- Caballo, V.E. (1988). *Evaluación y entrenamiento en habilidades sociales*. Valencia: Promolibro
- Cusack, O. (2008). *Animales de compañía y salud mental*. Barcelona: Fundación Affinity.
- CIE-10 (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- DeMello, L.R. (1998). The effect of the presence of a companion-animal on the physiological changes following the termination of cognitive stressors. *Psychology & Health*, 14, 859-868.
- Fernández- Jorge, M.T., Roldán –Gacimartín, M.I., Gil de Gómez- Alfageme, M., Vargas, M.L. & Lahera- Corteza, G. (2013). Aplicabilidad y efectividad de la terapia asistida con animales en personas con trastorno mental grave y duradero: un ensayo piloto aleatorizado. *Rehabilitación Psicosocial*, 10(1) 18-24.

- Fine, A. (2000). *Manual de Terapia Asistida por Animales. Fundamentos teóricos y modelos prácticos*. Barcelona: Viena Serveis Editorials, S.L.
- Fine, A.H.(2003). *Manual de terapia asistida por animales: Fundamentos teóricos y modelos prácticos*. Barcelona: Fundación Affinity.
- Friedmann, E., Katcher, A., Lynch, J. & Thomas, S. (1980). Animal companions and one-year survival of patients after discharge from a coronary care unit. *Public Health Reports*, 95(4), 307-312.
- Fundación Affinity. ( 2008). *Animales de compañía, fuente de salud: comunicaciones del IV congreso Internacional, Madrid 2007*. Barcelona: Fundación Affinity.
- Garay, E. (2007). Terapia asistida con animales de compañía.*Revista Zooterapia*, 12-19.
- Geries-Johnson, B., & Kennedy, J. H. (1995). Influence of animals on perceived likability of people. *Perception and Motor Skills*, 80, 432-434.
- Gil, V., & Ochoa, S. (2007). La terapia facilitada por animales de compañía como programa de rehabilitación adjunto para personas con diagnóstico de esquizofrenia crónica. *Papeles del psicólogo*, 28(1), 49-56.
- Hatch, A. (2007). The view from all fours: a look at an Animal-Assisted Activity program from the animals's perspective. *Anthrozoös*, 20(1), 37-50.
- Haughie, E., Milne, D., & Elliott, V. (1992). An evaluation of companion pets with elderly psychiatric patients. *Behavioural Psychotherapy*, 20 (4), 367-372.
- Katcher, A., Segal, H. & Beck, A. (1984). Comparison of contemplation and hipnosis for the reduction of anxiety and discomfort during dental surgery. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 27, 14-21.
- Kawamura, N., Niiyama, M., Niiyama, H. (2007). Evaluación a largo plazo de la terapia asistida con animales para los ancianos institucionalizados: un resultado preliminar.*Psychogeriatrics*, 7, 8-13.
- Kruger, K.A. y Serpell, J.A. (2006). Animal-Assisted Interventions in mental health: definitions and theoretical foundations. En A. Fine. *Handbook on AnimalAssisted Therapy: Theoretical Foundations and Guidelines for practice* (pp. 21- 38). California: Elsevier.
- Martínez, R. (2008). La terapia asistida por animales: una nueva perspectiva y línea de investigación en la atención a la diversidad. *Indivisa. Boletín de Estudios e Investigación*, 9, 117-144.
- Martínez Abellán, R. (2001). Atención a la diversidad y Delfinoterapia: una nueva forma de intervención psicomotriz global en el medio acuático (I) Primera parte. *Revista Polibea*, 61, 17-24.
- Martínez Abellán, R. (2002) Atención a la diversidad y Delfinoterapia: una nueva forma de intervención psicomotriz global en el medio acuático (II) Segunda parte. *Revista Polibea*, 62, 13-21.

- Martínez, R., Hernández, R., & Arnáiz, P. (2001). Atención a la diversidad, salud y deporte: la Equitación Terapéutica. En Díaz, A. y Segarra, E. (Coord.). *Actas del II Congreso Internacional Educación Física y Diversidad* (pp. 379-391). Murcia: Consejería de Educación y Universidades.
- Mc Nicholas, J., & Collis, G.M. (2000). Dog as catalyst for social interactions: Robustness of the effect. *British Journal of Psychology*, 91, 61-67.
- Montero, D. (1996). *Evaluación de la conducta adaptativa en personas con discapacidades. Adaptación y validación del ICAP*. Bilbao: Mensajero.
- Montero, D. (1999). El sistema valoración- enseñanza-evaluación de destrezas adaptativas: ICAP, CALS Y ALSC. Adaptación y validación del ICAP. En Verdugo, M.A., & Jordán Urriges, F.B. (Coords.): *Hacia una nueva concepción de la discapacidad. Actas de las III Jornadas Científicas de Investigación sobre personas con discapacidad*. Salamanca: Amarú.
- Nathans-Barel, I., Feldman, P., Berger, B., Modai, I., & Silver, H. (2005). Animal assisted therapy ameliorates anhedonia in schizophrenia patients. A controlled pilot study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74, 31-35.
- Nathanson, D.E., De Castro, D., Friend, H., & McMahon, M. (1997). Effectiveness of short-term dolphin assisted therapy for children with severe disabilities. *Anthrozoös*, 10, 90-100.
- Odendaal, J. S. J., & Meintjes, R. A. (2003). Neurophysiological correlates of affiliative behaviour between humans and dogs. *The Veterinary Journal*, 165(3), 296-301.
- Organización Mundial de la Salud (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y del la Salud. En OMS (Ed.). *Instituto de Migraciones y Servicios Sociales*. Madrid: Editor.
- Organización Mundial de la Salud (1993). Trastornos mentales y del comportamiento. En Organización Mundial de la Salud (Ed.). *Décima revisión internacional de la clasificación internacional de enfermedades (Versión española del Borrador para Estudios de Campo N° 4)*. Madrid: Editor.
- Perrera, J. (2006). *Síndrome de Down: Programa de acción educativa*. Madrid: CEPE.
- Reichert, E. (1998). Individual counseling for sexually abused children: a role for animals and storytelling. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 15(3), 177-185.
- Ridruejo, P. (2006). *Terapia Asistida por animales: síntesis y sistemática*. Barcelona: Viena Serveis Editorials, S.L.
- Schiro- Geist, C. (2001). *Measurement of Pet Intervention (MOPI)*. Illinois: Aubrey H. fine.
- Serrano, M.J. (2004). *Manuales de evaluación de la eficacia de la Terapia Asistida con Animales: II Autismo*. Barcelona: Viena Serveis Editorials, S.L.
- Torres, E. (2008). Terapia asistida por animales de compañía aplicada en una residencia geriátrica. Un modelo de intervención. *Informaciones Psiquiátricas*, 184.



Villalta, V., & Ochoa, S. (2007). La terapia facilitada por animales de compañía como programa de rehabilitación adjunto para personas con diagnóstico de esquizofrenia crónica. *Papeles del Psicólogo*, 28(1), 49-56.