



**Universitat de les  
Illes Balears**

Facultat de  
Psicologia

**Treball de Fi de Grau**

# Terapia Asistida con Animales en Niños con Trastorno del Espectro Autista

Nuria Buils Rosselló

**Grau de Psicologia**

Any acadèmic 2019-2020

DNI de l'alumne: 43204521X

Treball tutelat per Carolina Sitges Quirós  
Departament de Psicologia

S'autoritza la Universitat a incloure aquest treball en el Repositori Institucional per a la seva consulta en accés obert i difusió en línia, amb finalitats exclusivament acadèmiques i d'investigació	Autor		Tutor	
	Sí	No	Sí	No
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Paraules clau del treball: Terapia Asistida con Animales, Trastorno del Espectro Autista.

# Índice

Resumen .....	1
Abstract .....	2
1. Introducción.....	3
2. Objetivos.....	9
3. Materiales y métodos.....	10
3.1. Participantes .....	10
3.2. Evaluación.....	10
3.3. Animales de terapia.....	11
3.4. Intervención .....	12
4. Propuestas de intervención.....	13
4.1. Ejemplo de sesión al principio del programa .....	14
4.2. Ejemplo de sesión a mediados del programa.....	14
4.3. Ejemplo de sesión al final del programa .....	14
5. Conclusiones.....	14
6. Referencias bibliográficas .....	16
Anexos.....	19

## **Resumen**

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) se caracteriza por un deterioro de la comunicación y la interacción social, y por patrones de conducta, intereses o actividades restrictivos y repetitivos, por lo que, el objetivo de cualquier tipo de tratamiento debe favorecer la adaptación a su entorno vital y a la comunidad. Mediante este trabajo pretendo aportar una visión más amplia sobre lo que es el TEA y sobre un tipo de terapias alternativas, conocidas como Terapias Asistidas con Animales (TAA), las cuales se encuentran en continua evolución y, a pesar de no ser las más utilizadas, tienen grandes beneficios como tratamiento de dichos trastornos, son aplicables a una gran variedad de usuarios y en ámbitos distintos como pueden ser el lúdico, el educativo y el psicológico. Asimismo, mediante este programa podremos ver la evolución de los usuarios con TEA a raíz de la intervención con TAA, en este caso con perros, gracias al seguimiento realizado con las herramientas de evaluación seleccionadas (Cuestionario de Comunicación Social (SCQ), Entrevista para el diagnóstico de Autismo Revisada (ADI-R) y el Cuestionario de Evaluación de la eficacia de la terapia asistida por animales con niños autistas). De esta manera, también aportaremos un aumento de la evidencia científica sobre los beneficios que aportan este tipo de intervenciones en esta población.

## **Abstract**

Autism Spectrum Disorder (ASD) is characterized by a deterioration of communication and social interaction, and by restrictive and repetitive behavior patterns, interests or activities, therefore, the objective of any type of treatment should favor adaptation to their living environment and community. Through this work I intend to provide a broader vision of what ASD is and of a type of alternative therapies, known as Animal Assisted Therapies (AAT), which are in continuous evolution and, despite not being the most widely used, they have great benefits as a treatment for these disorders, they are applicable to a wide variety of users and in different areas such as leisure, education and psychology. Likewise, through this program we will be able to see the evolution of users with ASD as a result of the intervention with AAT, in this case with dogs, thanks to the monitoring carried out with the selected evaluation tools (Social Communication Questionnaire (SCQ), Interview for the Diagnosis of Revised Autism (ADI-R) and the Evaluation Questionnaire of the effectiveness of animal assisted therapy with autistic children). In this way, we will also provide an increase in scientific evidence on the benefits of this type of intervention in this population.

## 1. Introducción

El concepto de **autismo** proviene del griego “autos”, es decir, “que actúa sobre sí mismo” al que se le añade el sufijo “-ismo”, lo que significa “proceso patológico”. En conclusión, el término, se define de manera literal como el “proceso patológico que actúa sobre uno mismo” (Bonilla & Chaskel, 2016). Este término fue utilizado por primera vez por el psiquiatra suizo Eugen Bleuler (1857-1939), en su monografía “*Dementia praecox order Grupper der Schizophrenien*”, quien lo definió como una “*evolución progresiva hacia un estado de empobrecimiento intelectual por un grupo de psicosis esquizofrénicas*”, llegando así a formar un mundo hermético, alejado de la realidad externa, lo cual le llevará a tener una gran dificultad para establecer comunicación con las demás personas (De Lara, 2012). A pesar de que se introdujera la palabra “autismo” como concepto, no se le proporcionó el significado que tiene actualmente, hasta que llegó el psiquiatra austriaco Leo Kanner, quien, junto con Hans Asperger, fue una de las figuras que realizaron dos de las contribuciones más relevantes para el estudio del autismo, tal y como lo conocemos hoy en día.

El artículo a través del cual Kanner le otorgó el significado actual al término “autismo” fue: “*Autistic disturbances of affective contact*” publicado en el año 1943. (Artigas-Pallares & Paula, 2012). En él, Kanner describe a once niños a quienes recibe en su consulta. Según Alonso et al. (2017), las características comunes que encontró Kanner a todos los niños fueron las siguientes:

- Extrema soledad autista.
- Deseo obsesivo de invariancia ambiental.
- Excelente memoria.
- Expresión inteligente (buen potencial cognitivo) y ausencia de rasgos físicos.
- Hipersensibilidad a los estímulos.
- Mutismo o lenguaje sin intención comunicativa real.
- Limitaciones en la variedad de la actividad espontánea.

Dichas características fueron establecidas como criterios que definían el concepto de autismo en el que había estado profundizando, para establecer sus límites y no confundirlo con otros trastornos. La denominación que propuso Kanner para dicha patología fue “*autismo infantil precoz*” (Artigas-Pallares & Paula, 2012). Al final de su artículo, Kanner (1943) afirmó: “*debemos asumir que estos niños han llegado al mundo con una incapacidad innata para formar el contacto afectivo normal con las personas biológicamente proporcionado, al igual que otros nacen con deficiencias intelectuales o físicas innatas.*”

Poco tiempo después de la aportación de Leo Kanner, en 1944, Hans Asperger, pediatra de Viena, publicó “*Die Autistische Psychopathen in Kindersalter*” (“*Psicopatía Autística en la Infancia*”) (De Lara, 2012), en el cual utilizaba el concepto “autismo”, al igual que Kanner. Este era un hecho sorprendente si tenemos en cuenta que ninguno conocía el trabajo del otro (Artigas-Pallares & Paula, 2012). El trabajo de Asperger se basaba en las características que había identificado en un grupo de cuatro niños, y, a pesar de que utilizara el mismo término, el cuadro clínico presentado por Asperger era muy diferente. En su caso, los niños son de edad más avanzada y en ellos no hay “*retraso significativo ni de desarrollo cognitivo ni de la adquisición del lenguaje(...), no les gusta la rutina y pueden presentar en la adolescencia un episodio psicótico*” (De Lara, 2012).

Según Artigas-Pallares y Paula (2012), el patrón de conducta que caracterizaba a los niños estudiados por Asperger, era el siguiente:

- Falta de empatía.
- Ingenuidad.
- Poca habilidad para hacer amigos.
- Lenguaje pedante o repetitivo.
- Pobre comunicación no verbal.
- Interés desmesurado por ciertos temas.
- Torpeza motora y mala coordinación.

La denominación que conocemos hoy en día como “**Síndrome de Asperger**” se le atribuye a Lora Wing, quien impulsó tanto la divulgación y difusión del concepto, como el conocimiento sobre él. Poco después (1979), ella, junto con Judith Gould, sugirieron una percepción distinta del autismo en base a un estudio que realizaron en Londres. Esta nueva concepción sería en forma de continuo en vez de la visión categorial que se le había dado hasta el momento. Fue por eso por lo que introdujo el nombre que utilizamos actualmente para este tipo de patologías, “**Trastornos del Espectro Autista (TEA)**” (Artigas-Pallares & Paula, 2012). Actualmente, el TEA es considerado un “*trastorno caracterizado por una marcada alteración en el desarrollo general, manifestada en una deficiente interacción y comunicación social, al tiempo que presenta una enorme restricción de las actividades o intereses que suelen mostrarse repetitivas o estereotipadas*” (Fernández, 2010). Según Fernández (2010), sus principales síntomas, se pueden estructurar en 4 agrupaciones:

- Alteración cualitativa en las relaciones.
- Alteración cualitativa en la comunicación.
- Restricción en los patrones de conducta, intereses y actividades (repetitivos y estereotipados).
- Respuesta anormal al ambiente físico.

Kanner y Asperger, estuvieron de acuerdo en decir que se trataba de entidades nosológicas completamente diferentes a pesar de la referencia común a la psicopatología autística (De Lara, 2012). A pesar de ello, en los **sistemas de clasificación**, tanto en el DSM-5 como en el CIE-10, aparecen clasificados dentro de la misma categoría.

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales **DSM-5**, este tipo de trastorno recibe el nombre de TEA y se encuentra clasificado dentro del grupo de “*Trastornos del neurodesarrollo (31)*” (ver apartado **Anexos (I)**). Cabe mencionar que en el DSM-5 se entienden como parte del “espectro autista” trastornos que habían sido llamados anteriormente: autismo de la primera infancia, autismo infantil, autismo de Kanner, autismo de alto funcionamiento, autismo atípico, trastorno generalizado del desarrollo no especificado, trastorno desintegrativo de la infancia y trastorno de Asperger (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, p.53). A modo de resumen, según la Asociación Americana de Psiquiatría (2014): “*Las características principales del trastorno del espectro autista son el deterioro persistente de la comunicación social recíproca y la interacción social (Criterio A), y los patrones de conducta, intereses o actividades restrictivos y repetitivos (Criterio B). Estos síntomas están presentes desde la primera infancia y limitan o impiden el funcionamiento cotidiano (Criterios C y D).*”

En el “Sistema de Clasificación de Trastornos Mentales y del Comportamiento CIE-10: CDI-10”, el TEA del que hablamos en el DSM-5 (299.00), se denomina Autismo Infantil (F84.0) y se encuentra clasificado dentro del grupo de “*Trastornos generalizados del desarrollo*”, en el cual también se encuentra, como hemos mencionado anteriormente, el “*Síndrome de Asperger*” (ver apartado **Anexos (II)**). Según la Organización Mundial de la Salud (2000), de manera sintetizada, el Autismo Infantil es “*un trastorno generalizado del desarrollo definido por: a) un desarrollo alterado o anormal que se manifiesta antes de los tres años, y b) por un tipo de funcionamiento anormal en las tres áreas de la psicopatología: interacción social, comunicación y comportamiento restringido, repetitivo y estereotipado. Además de estas características clínicas específicas, son comunes una variedad de problemas no específicos, tales como fobias, alteraciones del sueño y de la alimentación, rabietas y autoagresiones*”. Otras posibles denominaciones que ofrece el CIE-10 para el Autismo Infantil son: trastorno autístico, psicosis infantil y síndrome de Kanner.

En algunos criterios diagnósticos de este trastorno, podemos ver que se debe especificar el **nivel de gravedad**, el cual está basado en “*deterioros de la comunicación social y en patrones de comportamiento restringidos y repetitivos*” (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013). Por lo que es necesario conocer cuáles son estos niveles, y que características tiene cada uno. En el apartado de **Anexos (III)**, se resumen en una tabla los distintos niveles de gravedad del TEA, según el DSM-5.

En cuanto a la **prevalencia** del TEA, varios estudios epidemiológicos demuestran que ha aumentado durante los últimos años de manera significativa, llegando hasta un 1-2% de los niños. También se confirma en todos los estudios que, la presencia de TEA es mayor en hombres que en mujeres (4:1) y que no hay diferencias en cuanto a culturas o clases sociales (Federación Autismo Castilla y León, 2020). A pesar de ellos, la falta de acuerdo entre diferentes estudios en cuanto a la prevalencia del TEA da mucho de qué hablar. Hay varias opiniones sobre los posibles motivos que podrían explicar esta disparidad de resultados, como, por ejemplo, los cambios realizados en los criterios diagnósticos, el hecho de que hoy en día los síntomas de los TEA son más conocidos que hace años y hay una mayor divulgación, o, por otra parte, por la mejora de los procedimientos o métodos para detectarlos (André et al., 2019).

Respecto a la **etiología** del TEA, “*poco a poco van conociéndose los diferentes mecanismos etiológicos. Actualmente, la evidencia indica que no existe un autismo, sino que los TEA son diferentes trastornos, de etiologías múltiples, que tienen fenotipos similares. Sabemos que la etiología genética es la más sustentada y que existen diferentes mecanismos genéticos en TEA, que conducirán a fenotipos similares*” (Hervás Zúñiga et al., 2017). Según Hervás Zúñiga et. al (2017), del 100% de los casos de los casos de TEA, un 10% es por causas sindrómicas o causas monogénicas identificadas (síndrome frágil X, síndrome de Rett, etc.), un 5% está asociado a alteraciones cromosómicas raras (síndrome de Turner (45X)), otro 5% se relaciona con cambios en el número de copias de partes del genoma que pueden repetirse más o menos veces (duplicación 7q 11-23), un 5% más engloba las variaciones genéticas penetrantes y poco frecuentes en la población (gen SHANK) y, finalmente, el 75% restante se debe a causas multifactoriales desconocidas, con factores del ambiente que pueden influir y alterar la expresión genética y factores como la edad de los padres, los cuales pueden relacionarse con un aumento en el número de mutaciones genéticas.

Por tanto, no es de extrañar el hecho de que la **identificación temprana** de los TEA es determinante para el posterior desarrollo del trastorno (Hervás Zúñiga et al., 2017). Cuanto antes se identifique dicha patología, antes se puede intervenir sobre ella y, dado que se ha demostrado que hay programas de intervención temprana que pueden regular, en algunos casos, el pronóstico negativo que se asocia de manera general a los niños con TEA (Mulas et al., 2010), es lógico mencionar la importancia de que la identificación del trastorno, se dé lo antes posible. Con el fin de la detección precoz, hay estudios que pretenden encontrar algún tipo de señales o “marcadores”, sean de tipo cognitivo o, por otro lado, comportamental, que posibiliten su identificación desde los primeros momentos de vida del niño (Saldaña, 2011). Entre las herramientas utilizadas con el objetivo planteado encontramos varias, como pueden ser los informes familiares retrospectivos, el análisis de vídeos domésticos o el estudio prospectivo de hermanos de niños con autismo (Saldaña, 2011). Finalmente, cabe destacar que, a pesar de que se hayan encontrado algunas características que coinciden en varios estudios sobre niños con TEA, aún hay disparidad entre algunos estudios, lo que hace que no haya ningún “marcador temprano” que nos posibilite “*predecir de forma aislada y consistente un diagnóstico posterior de autismo*” (Saldaña, 2011). Por tanto, la conclusión es que aún queda camino por recorrer en referencia a la identificación precoz de los TEA.

En cuanto a su **intervención**, cabe destacar que, el objetivo de cualquier tipo de tratamiento debe ser “*favorecer, todo lo posible, la adaptación del niño con TEA a su entorno vital y a la comunidad, desde el respeto a su autonomía, individualidad y dignidad*” (Millá & Mulas, 2009). Los principales modelos de intervención se encuentran resumidos en la tabla que podemos encontrar en el apartado de **Anexos (IV)**. Asimismo es importante remarcar que, el hecho de involucrar a la familia en el tratamiento es fundamental puesto que, el hecho de que en el ambiente familiar haya una información y educación adecuada facilitará un mayor grado de aprendizaje y disminuirá el estrés e insatisfacción por parte del niño con TEA (Mulas et al., 2010). Mulas et al. (2010) afirman que, a pesar de que haya consenso entre investigadores, en el hecho de que la intervención en los TEA debe ser lo más temprana posible, hay opiniones más variadas sobre cuál es el mejor tipo de tratamiento para estos trastornos. Pero, gracias a la evidencia, podemos indicar que, las características que debe reunir un buen programa de intervención son las siguientes:

- Comienzo precoz del programa.
- Intervención intensiva.
- Sesiones individualizadas.
- Inclusión de la familia.
- Oportunidades de interacción con otros niños.
- Seguimiento de los progresos.
- Alto grado de estructuración.
- Estrategias de generalización y perpetuación de las actividades aprendidas.

Por tanto, según Mulas et al. (2010), un programa de intervención para TEA debe focalizar su atención en promover los siguientes aspectos:

- Comunicación funcional y espontánea.
- Habilidades sociales.
- Habilidades funcionales adaptativas para alcanzar mayor responsabilidad e independencia.

- Reducción de las conductas disruptivas o maladaptativas.
- Habilidades cognitivas.
- Habilidades de destreza y académicas, según su grado de desarrollo.
- Desarrollo de funciones ejecutivas (planificación, programación, anticipación, autocorrección, etc.).

Por otro lado, entre las denominadas “terapias alternativas”, encontramos la **Terapia Asistida con Animales (TAA)**. A pesar de que podamos pensar que este es un tipo de intervención relativamente nueva, realmente no lo es, ya que hay constancia de que, en la época clásica, considerado el periodo comprendido entre el siglo V y IV a.C., se afirmaba que los animales tenían “propiedades curativas”. El hecho de domesticar animales, no sólo se dio por las necesidades de conseguir alimento o realizar ciertas tareas, sino que se piensa que también se buscaba cubrir las necesidades de tipo psicológico (Cabra, 2012). Hay datos que indican que, en el siglo XVII, en Europa comenzaron a realizarse proyectos de tratamiento y rehabilitación física con caballos a personas con un alto grado de discapacidad a nivel físico, los cuales, más adelante, se extendieron a Estados Unidos (Oropesa et al., 2009). Una de las primeras veces de las que se tiene constancia de la utilización de animales en terapia fue en el Retiro de York (Inglaterra), en 1792, fundado por la Sociedad de los Amigos. William Tuke consiguió que se abriera en 1796, y apelaba a la necesidad de cambiar el tratamiento que se les daba a las personas con enfermedad mental, “*eliminando las cadenas, dando un alojamiento adecuado y utilizando las tareas ocupacionales de manera terapéutica, entre ellas el cuidado de los animales de granja*” (Barbado, 2016). Asimismo, se considera que uno de los grandes pioneros de la TAA fue el psiquiatra Boris M. Levinson, quien fue el primero en aplicarla de manera científica y rigurosa (Oropesa et al., 2009).

Por tanto, la TAA surge de la búsqueda de alternativas a las intervenciones que se han utilizado de manera tradicional con el fin de resolver y prevenir y de la necesidad de “*retomar esa conexión a través de un vínculo cotidiano con los animales*” (Barbado, 2016). Barbado (2016) utiliza la siguiente definición con el fin de comprender mejor qué son las TAA: “*una intervención que persigue un objeto curativo y que usa el vínculo persona-animal como parte integral del proceso de tratamiento*”. Debemos tener presente que, a pesar de que los animales sean una “herramienta” utilizada en intervenciones y ámbitos de terapia por sus efectos positivos para la salud, esto no sería viable si no se realiza en un entorno de relación terapéutica existente entre usuario y terapeuta, por lo que, diríamos que, los animales se utilizan con el fin de que dicha relación se enriquezca (Barbado, 2016). En la TAA, el animal se integra dentro del proceso de tratamiento como parte fundamental de éste. En este caso hay objetivos terapéuticos y está dirigido por un profesional de la salud. Si el objetivo de estas sesiones es educativo y se lleva a cabo bajo la dirección de un profesional de la educación, reciben el nombre de “Educación Asistida con Animales” (EAA). Finalmente, hay casos en los que no hay objetivos terapéuticos definidos y se dan intervenciones que promueven beneficios para la persona, que aumenten su calidad de vida y se dirigen por un entrenador especializado, en este caso, su denominación es “Actividades Asistidas con Animales” (Martos-Montes et al., 2015).

Es necesario considerar tanto los animales como la naturaleza como un contexto que facilita la mejora de la salud, no solo en personas con problemas en particular como podrían ser las personas con discapacidad, sino también de la población general (Serrano, 2004). Teniendo en cuenta lo anteriormente mencionado, según Serrano (2004), los “posibles **beneficios derivados de la TAA**” son los siguientes:

- Empatía. Para la mayor parte de los niños, resulta más fácil sentir empatía por un animal que por un humano, debido a que, los animales, expresan de manera más comprensible sus sentimientos a través del cuerpo, que como lo hacen las personas.
- Enfoque exterior. Los animales pueden ayudar a las personas con distintas problemáticas a que cambien el enfoque de su ambiente a ellos (los animales), en vez de en su problema.
- Relaciones. La probabilidad de que los usuarios proyecten sus sentimientos y experiencias hacia los animales, lo cual también facilita la comunicación con el terapeuta.
- Aceptación. Los animales aceptan a las personas sin juzgarlas ni calificarlas.
- Entretenimiento. Incluso para las personas a quienes no les gustan los animales, estos ofrecen otro tipo de experiencia que las entretiene, especialmente en instituciones en las que los usuarios deben permanecer durante un largo periodo de tiempo.
- Socialización. Hay estudios que demuestran que la presencia de animales hace que las personas se muestren más alegres y sociables con los demás y que disminuya su estrés, mejorando así, su estado de ánimo. La sociabilidad aumenta en tres sentidos: paciente-paciente, paciente-trabajador y paciente-trabajador-familia.
- Estímulo mental. Se da por el aumento de comunicación con las demás personas, lo que reduce el sentimiento de aislamiento de la persona.
- Contacto físico. Hay muchos estudios que correlacionan el contacto físico con la salud, por lo que, para algunos pacientes, el hecho de tener contacto con ciertos animales puede suponer una gran diferencia, puesto que es un contacto positivo y apropiado.
- Beneficios fisiológicos. La relajación que afirman experimentar los usuarios cuando el animal está presente.

Por último, en cuanto a la **eficacia de las TAA en personas con TEA**, nos centraremos en describir los beneficios tanto de la “Terapia Asistida con Perros” (TAP) como de la “Equinoterapia” o “Terapia Asistida con Caballos” (TAC). En primer lugar, los beneficios que aporta la TAP son un aumento en la interacción social, en las conductas de juego y un mayor y mejor uso del lenguaje, así como una disminución de conductas con fines autoestimulatorios (Jara-Gil & Chacón-López, 2017). Además, cabe destacar que, en este tipo de terapias, mediante el perro se trabajan el área física, cognitiva, emocional y relacional (Jara-Gil & Chacón-López, 2017). En el apartado de *Anexos (V)* se recogen en una tabla los beneficios concretos que proporcionan las TAP en los niños con TEA y a los distintos niveles en los que se engloban dichos beneficios. En segundo lugar, en el caso de la TAC, se pueden trabajar distintos objetivos, entre los cuales encontramos desde “*la rehabilitación física, la integración sensorial y la psicomotricidad, hasta la modificación de la conducta y el entrenamiento de las habilidades sociales*” (Borja, 2019).

Según Borja (2019), hay evidencia de que la TAC “*contribuye al fortalecimiento del vínculo del niño con TEA y su madre o cuidador*” y los posibles beneficios de la TAC en personas con TEA son los siguientes:

- Mejora del control postural, lo que hace que haya mayor disposición a la interacción social, algunas actividades de cuidado personal (comer por su cuenta, comunicar sus necesidades, etc.).
- Interés en la comunicación con otras personas.
- Aumento del autocontrol.
- Reducción de emociones negativas.
- Desarrollo de la empatía.

Por otra parte, “*el ambiente estructurado y predecible que supone la relación con el caballo ayuda también a la introducción de variaciones en el contexto de interacción que permitirán, a los chicos con autismo, mejorar su inflexibilidad mental en un contexto motivacional alto que hace que se admitan mejor los cambios que en otros ambientes más exigentes y desestructurados*” (Pajuelo Morán et al., 2009). Finalmente, algunos estudios, como el de Tabares et al. (2014), sugieren que la mejora de las actitudes sociales en personas con TEA, derivadas de las TAC, podrían deberse a respuestas neuroendocrinas, relacionando dichas mejoras con los efectos de algunas hormonas, como la oxitocina. Dicho estudio surge de la afirmación de que la eficacia de las TAC suele estar basada en la observación de las mejoras que se producen a raíz de ellas, por lo que, con su investigación, pretenden comprobar si dichas mejoras se originan a través de respuestas neuroendocrinas, lo cual resulta un método totalmente objetivo y significativo.

## 2. Objetivos

Como **objetivo general**, mi propuesta está dirigida a mejorar las condiciones de vida de la población infantil diagnosticada con TEA por medio de la utilización de TAA, alternativas a las usadas de manera más común y utilizando el juego como medio de desarrollo. Dentro de este objetivo general, podemos encontrar varios **objetivos específicos**:

- A nivel comunicativo-social:
  - Aumentar de la predisposición e interés hacia la interacción con otras personas.
  - Promover una comunicación funcional.
  - Desarrollar las habilidades sociales.
- A nivel afectivo:
  - Desarrollar la empatía.
- A nivel conductual:
  - Aumentar el autocontrol.
  - Reducir de las conductas desadaptativas y sustituirlas por habilidades adaptativas que permitan asumir responsabilidades (adecuadas a sus capacidades) y adquirir independencia y autonomía (por ejemplo, higiene personal, vestirse solo/a, etc.).
- A nivel cognitivo:
  - Desarrollar las funciones ejecutivas, tales como planificación, programación, autocorrección, etc.

- A nivel físico:
  - Reforzar el tono muscular de usuarios con hipotonía. Cabe mencionar que, a pesar de no ser uno de los objetivos principales que perseguimos, es una de las posibles consecuencias del trabajo que realizaremos en las TAC.

### 3. Materiales y métodos

#### 3.1. Participantes

El programa de TAA propuesto se dirige principalmente a **población** infantil diagnosticada con TEA. Debemos tener en cuenta que nos centraremos en usuarios que se encuentren en un intervalo de entre 5 y 15 años, por lo que, con el fin de seleccionar a los usuarios adecuados para el programa, utilizaré escalas de cribado que permitan distinguir a niños con TEA de niños con un neurodesarrollo normal o con otro tipo de trastorno. Además, hay que tener en cuenta que es necesario, con el fin de conocer si la intervención realizada resulta o no eficaz, realizar un seguimiento de cómo evoluciona el niño/a durante el tratamiento. Para esto, necesitamos recoger datos antes de empezar dicha intervención, con el fin de poder observar los avances y/o mejoras que se han producido en el niño/a cuando ésta finalice.

#### 3.2. Evaluación

Las **escalas** seleccionadas que me permitirán tanto decidir si es adecuado que el niño/a forme parte del programa de intervención como poder realizar un seguimiento de la evolución del usuario generada a partir de las intervenciones, son las siguientes:

- SCQ. Cuestionario de Comunicación Social: *“es un instrumento de evaluación compuesto por 40 elementos, destinado a ser cumplimentado por los padres o cuidadores de niños que pueden mostrar síntomas relacionados con el trastorno del espectro del autismo (TEA).”* (Rutter et al., 2019). Es una prueba apta para niños a partir de 4 años, por lo que puede utilizarse con la población a la que hemos dirigido el programa de intervención. Este cuestionario se considera una prueba de screening que acompaña al ADI-R, sus puntos de corte son utilizados para identificar a las personas que, con más probabilidad sufren TEA, y que, por lo tanto, requieren una evaluación más profunda. A parte de dichos puntos de corte en cuanto a la puntuación total obtenida, podemos obtener puntuaciones más específicas (parciales) correspondientes con las áreas que se evalúan en el ADI-R: *“Problemas de interacción social, Dificultades de comunicación y Conducta restringida, repetitiva y estereotipada.”* (Rutter et al., 2019). Finalmente, a pesar de que dicho instrumento puede ser aplicado de más formas, en este caso lo utilizaremos para tener un indicador aproximado del nivel de gravedad o severidad de los síntomas del TEA que presentan los usuarios escogidos para participar en nuestro programa de intervención. Además, nos servirá para *“analizar la evolución en el tiempo, para ver los posibles beneficios de las intervenciones terapéuticas”*(Rutter et al., 2019). Con el fin de conocer algo más de información, en el apartado **Anexos (VI)** podemos ver la ficha técnica del SCQ.

- Entrevista ADI-R. Entrevista para el diagnóstico de Autismo Revisada: “*es una extensa entrevista diseñada con el fin de obtener la información completa necesaria para llegar a un diagnóstico del autismo y ayudar a la evaluación de los trastornos que se denominan Trastornos del Espectro Autista (TEA)*” (Galarza, 2012). En ella, se entrevista a un informador, es decir, a los padres o a un cuidador que conozca la historia de desarrollo del usuario, así como su conducta diaria. Dicho usuario puede ser de cualquier edad siempre y cuando su nivel de desarrollo mental sea, mínimo, de 2 años y 0 meses. (Galarza, 2012). Aplicaremos esta entrevista con el fin de lograr una evaluación diagnóstica más completa de los niños/as que hayan obtenido altas puntuaciones en el SCQ, además, con ella, podremos evaluar los límites entre los posibles síndromes. (Galarza, 2012). En el apartado de **Anexos (VII)** podemos ver la ficha técnica de esta prueba.
- Cuestionario de Evaluación de la eficacia de la terapia asistida por animales con niños autistas: utilizaremos esta hoja de registro durante las sesiones con el fin de realizar un seguimiento a lo largo del programa sobre cómo evolucionan los síntomas de TEA de los usuarios (ver el apartado **Anexos (VIII)**).

Como podemos ver, todas las pruebas son aplicables a la población escogida para las intervenciones y con ellas podremos confirmar que el diagnóstico de los usuarios es correcto con el fin de introducirlos en el programa de intervención, además de conocer el nivel de gravedad de sus síntomas para poder adaptar a ellos las distintas sesiones y, finalmente, realizar un seguimiento de su evolución durante el programa. Esto último se debe a que obtendremos los resultados anteriores a la intervención y podremos compararlos con los que obtengamos cuando haya acabado el programa.

### **3.3. Animales de terapia**

Para la **elección del animal**, en el caso de que dispongamos tanto de perro como de caballo de terapia, tendremos en cuenta aspectos como el tono muscular del niño, por ejemplo, en el caso de que el usuario tenga bajo tono muscular, podríamos optar por la TAC, dado que, a la vez que trabajamos los aspectos cognitivos del niño/a, también se estará reforzando su musculatura, lo que resultará beneficioso. En el caso de que observemos que, debido a las características del usuario, puede haber algún problema como, por ejemplo, que no se sujete bien, podemos optar por adaptar las condiciones a la hora de montar, dado que en el caso de las TAC, contaremos con un/a guía que se ocupe de manejar al caballo; el terapeuta, en los casos necesarios, puede montar detrás del usuario, en el mismo caballo, con el fin de poder tanto controlar que se sujete bien y esté seguro, como ir corrigiendo su postura en caso de que ésta sea incorrecta. Éste también sería el caso de los niños más pequeños, con los que preferiblemente trabajaríamos con perro, es decir, mediante la TAP. En nuestro caso, la población escogida para el programa es de mínimo 5 años con el fin de que podamos trabajar con perros o caballos indistintamente. En todos los casos de TAC, utilizaremos monturas y estribos adecuados a la altura del usuario y los adaptaremos a las condiciones de cada uno. En el caso de las TAP, son incluso más adaptables, dado que, a pesar de que podamos tener nuestro lugar de trabajo, con el perro es mucho más sencillo el desplazamiento, con lo cual podemos realizar las sesiones en lugares como centros de educación especial, así como en el propio domicilio del usuario.

### 3.4. Intervención

La **intervención** estará basada tanto en el cuidado del animal, como en el juego, utilizándolos como vía para el desarrollo de nuestros objetivos. Escogemos una metodología lúdica dado que, según Ruiz y Muñoz (2017): “*El juego es una actividad innata en el ser humano y de vital importancia en la infancia. Al niño le permite reconocerse, conocer el mundo, ponerse en el lugar de los demás y asimilar la realidad. A través del juego, se ensayan conductas, se desarrolla la personalidad y se descargan emociones*”. Las actividades que utilizaremos a lo largo del tratamiento se tratan de juegos infantiles adecuados a la edad de cada usuario. Éstos pueden ser comprados o de diseño propio. Esto último se debe a que, es necesario y beneficioso que los niños conozcan y sepan desenvolverse en juegos que están diseñados a propósito para personas con TEA, pero también puede resultar positivo el hecho de que se les adapten actividades a ellos. Como profesionales de la Psicología debemos saber que la motivación es un factor muy importante a la hora de realizar actividades que permitan el desarrollo personal, por lo que el hecho de que nosotros mismos creamos actividades ajustadas a cada usuario, a sus intereses y capacidades, puede hacer que la motivación del niño hacia las sesiones aumente. Desde luego, en este punto debemos tener en cuenta otro factor realmente motivante en nuestras intervenciones, la presencia del animal. En el apartado **Anexos** hay diversos ejemplos de actividades que podríamos utilizar durante las sesiones, algunas de ellas han sido diseñadas por una profesional graduada en Psicología y titulada como “Experto en Equitación Terapéutica” y “Experto y Técnico en Terapias asistidas con perros” (**Anexo IX**) y otras pertenecen a una empresa especializada en juegos para niños (incluyendo a niños con necesidades especiales) (**Anexo X**).

En cuando a la **duración del programa**, hay distintos estudios que reflejan variedad en cuanto a este aspecto. En el caso de Cabra (2012), el programa de intervención duró 3 meses con 2 sesiones semanales de 45 minutos. O’Haire (2013) realiza una media de lo que suele durar un programa de Intervención Asistida con Animales (IAA) en base a diez estudios, el resultado de la cual es aproximadamente de 3 meses. Entre ellos existe variedad ya que, dos de ellos duraron entre 6 meses y 3 años, y otros 3 tuvieron entre un mes y un año de duración. Finalmente, se concluye que lo más habitual entre ellos es una duración de 3 meses con 2 sesiones semanales de entre 15 minutos y una hora. Funahashi et al. (2014) alargaron su programa durante 7 meses. En cuanto a la situación en España, Martos-Montes et al. (2015) afirman que lo más normal en este caso es que los programas duren entre 6 meses y 2 años. Por lo que, basándome en esta variedad de estudios y en lo beneficiosa que resulta este tipo de intervención en niños con TEA, mi programa tendrá una duración de un año con sesiones semanales de una hora. Además, si se detecta una mejoría y los padres o tutores del usuario lo creen conveniente, éste podrá, al finalizar el programa, seguir asistiendo a sesiones para mantener sus progresos.

La **estructura de las sesiones** será la misma o muy similar en todas ellas, exceptuando la primera sesión, la cual dedicaremos a pasar las escalas y a una primera toma de contacto del/la niño/a con el perro o con el caballo. En primer lugar, el usuario llevará a cabo ciertas tareas de cuidado del animal, como por ejemplo la higiene, aunque esta sea de manera simbólica, es decir, puede cepillar al caballo o al perro y, aunque no lo haga “a fondo”, lo importante es que realice esa parte de la sesión, puesto que, gracias a ella, el usuario toma conciencia de la responsabilidad que tiene dado que debe cuidar al animal.

En segundo lugar, nos centraremos en la actividad principal, la cual, como he comentado anteriormente, se tratará de un juego a elección del terapeuta, el cual se ajusta a las cualidades del usuario, con el cual podremos trabajar los objetivos que nos hayamos planteado para dicha sesión. Es necesario mencionar que, durante el desarrollo del juego, el animal que estemos utilizando en la sesión (caballo o perro) estará presente y lo haremos partícipe de la actividad en la medida en que sea posible dependiendo del tipo que sea. También debemos destacar que, en ocasiones, debido a la predisposición del usuario en un día concreto, no podremos llegar a trabajar los objetivos que nos habíamos planteado en un principio, pero lo importante es saber reajustar dichos objetivos según lo que observemos durante la sesión, con el fin de que, aunque sea en menor medida, la sesión resulte fructífera. Finalmente, la despedida, donde el/la niño/a, acariciará al perro o caballo y le dará un “premio”, lo cual fomentará su vínculo.

En cuanto a los **profesionales implicados** en las sesiones, siempre estarán presentes un/a terapeuta y un/a guía/técnico del animal. En el caso de que hagamos sesiones de TAC, estos papeles serán desempeñados por personas distintas para que el terapeuta pueda estar totalmente centrado en el usuario, dado que puede resultar más complicado controlar al animal y estar atento al usuario que en el caso de las TAP. Por otra parte, si las sesiones son de TAP, dado que el “manejo” del perro resulta más sencillo, el terapeuta adoptará también el papel de técnico y de esta manera disminuirémos las posibles distracciones que puedan desconcentrar al usuario de la actividad central.

En cuanto a los **aspectos éticos** de nuestras intervenciones, debemos tener en cuenta que, en nuestro caso, una de las “herramientas” de la que vamos a hacer uso es un animal, concretamente un perro o un caballo. Esto significa que no sólo debemos centrarnos en el bienestar del usuario y en su desarrollo, sino que, es nuestra obligación velar por el bienestar del animal con el que estemos trabajando y hacernos cargo de sus cuidados de manera correcta ya que, aparte de la razón evidente de que es un ser vivo, es lógico que, si la “herramienta” con la que estamos trabajando en las intervenciones, no se encuentra en buen estado, éstas pueden, no solo perder su posible efectividad, sino resultar contraproducentes para el usuario. Por este motivo, también es necesario llevar a cabo una preparación y entrenamiento con el animal, acostumbrarlo a estímulos que puedan darse durante la sesión para que no le resulten extraños y no presente reacciones de aversión que, por su parte, podrían influir negativamente en el niño. Por ejemplo, en el caso de los niños con TEA puede ser usual que griten o hagan ruidos fuertes, por lo que, para que el animal no se asuste durante la sesión y pueda reaccionar mal, esto debe haberse trabajado antes, siempre teniendo en cuenta, como hemos comentado, el bienestar del animal y estableciendo unos límites para que éste no se vea perjudicado.

#### **4. Propuestas de intervención**

Durante el transcurso del programa se realizarán, aproximadamente 48 sesiones repartidas en un año. Debemos tener en cuenta que, como he comentado anteriormente, la estructura será la misma en todas las sesiones, a pesar de que pueda verse ligeramente modificada por las necesidades o imprevistos que puedan surgir en cada una de ellas. En este caso, desarrollaré ejemplos de sesiones de TAP al principio, a mediados y al final del programa, aunque podrían adaptarse para realizarse con caballos en los casos en los que se requiera trabajar también a nivel físico.

#### **4.1. Ejemplo de sesión al principio del programa**

Podemos ver la explicación de la sesión, los objetivos perseguidos y los materiales necesarios en el apartado *Anexos (XI)*. Debemos tener en cuenta que, objetos como el arnés del perro, el cepillo y la colonia, serán utilizados en la mayoría de las sesiones, por lo que en los siguientes *Anexos* referentes al material no los añadiremos, aunque se utilicen.

#### **4.2. Ejemplo de sesión a mediados del programa**

En el apartado *Anexos (XII)* podemos ver como se desarrollaría la sesión, los objetivos perseguidos y los materiales necesarios.

#### **4.3. Ejemplo de sesión al final del programa**

El desarrollo de la sesión, los objetivos y materiales utilizados se encuentran en el apartado *Anexos (XIII)*.

### **5. Conclusiones**

A modo de conclusión, los TEA, de manera breve, son un tipo de trastorno del neurodesarrollo, en los que, los principales puntos a trabajar son: las habilidades sociales, la comunicación e interacción con otras personas y los patrones de conducta estereotipados. Por otra parte, las TAA son un tipo de intervenciones alternativas que, a pesar de que no sean las más utilizadas, resultan ser muy beneficiosas como tratamiento para los TEA.

Por ello, mi programa ha tratado de fusionar las TAA con el juego como medio para trabajar los objetivos con los usuarios con TEA, de una manera más amena. De esta modo, durante un año de sesiones semanales, los usuarios trabajarán los distintos objetivos que planteo en el programa, adaptando siempre lo máximo posible las actividades a las capacidades del usuario, focalizándonos en objetivos asequibles, sin forzar en exceso a los usuarios durante las sesiones. Es necesario tener en cuenta siempre que no todos llegarán a desarrollarse igual, algunos conseguirán alcanzar objetivos que otros no, pero, lo importante es que, cuando adquieran una capacidad, lo hagan de manera correcta.

Por otra parte, gracias al estudio que pretendo hacer sobre la evolución de cada uno de los usuarios mediante herramientas de evaluación y seguimiento, aplicadas antes, durante y después del programa, habrá constancia sobre los beneficios que aportan este tipo de intervenciones a las personas con TEA, aumentando así su evidencia científica.

Esto último se debe a que, de esta manera, apoyaremos otros estudios que indican los beneficios surgidos de las TAA en niños con TEA como, por ejemplo, Serrano (2004) quien, como hemos visto anteriormente, indica que, los “posibles **beneficios derivados de la TAA**” son: empatía, enfoque exterior, relaciones, aceptación, entretenimiento, socialización, estímulo mental, contacto físico y beneficios fisiológicos. Por otra parte, otros autores también hablan sobre dichos beneficios y añaden: un aumento en la interacción social, en las conductas de juego y un mayor y mejor uso del lenguaje, así como una disminución de conductas con fines autoestimulatorios (Jara-Gil & Chacón-López, 2017). Dado que los objetivos que planteo en mi programa son muy similares a los beneficios mencionados por estos autores, el hecho de que, después de un año de terapia los usuarios presenten mejoras (cosa que podremos saber gracias a las pruebas aplicadas), servirá de apoyo para artículos y estudios anteriores como los citados anteriormente, para darle más evidencia científica a las TAA como intervención para los TEA. Esto se debe a que podremos ver las mejoras y el desarrollo de niños con TEA de distintas edades después de un año asistiendo a TAA.

En las intervenciones siempre se reforzará el establecimiento del vínculo, no sólo terapeuta-usuario, sino animal-usuario, puesto que resulta básico para que el niño se sienta cómodo en el entorno de intervención, lo que facilitará mucho el trabajo con él. Por otra parte, dados los beneficios que proporcionan las TAA en niños con TEA, pienso que, además de realizar el programa, los usuarios que asistan a las sesiones deberían seguir al finalizar dicho programa, teniendo así una sesión a la semana, tomándola como una actividad “extraescolar” pero que, además, les ayuda a seguir desarrollando habilidades y a mantener las adquiridas con anterioridad.

Finalmente, desde mi punto de vista, es necesario tener en cuenta que, no sólo debemos fomentar que el usuario se sienta motivado hacia la tarea, sino que, lo realmente importante de nuestro papel como terapeutas es la motivación propia. En la medida en que nos guste en lo que estamos trabajando, nos implicaremos más a fondo en ello y, en un campo como el que es la Psicología, añadiendo el trabajo con animales, resulta primordial, pues la implicación que mostremos nosotros en el trabajo será la que en un futuro adquirirán los niños cuando realicen las sesiones, facilitando el hecho de conseguir las metas que nos hemos propuesto y ayudando así a los niños a alcanzar una mejor calidad de vida.

## 6. Referencias bibliográficas

- Akros. (2017a). *Asociaciones*. <https://akroseducational.es/p/asociaciones/>
- Akros. (2017b). *Los cinco sentidos*. <https://akroseducational.es/p/los-5-sentidos/>
- Akros. (2017c). *Reconocer y guiar las emociones*. <https://akroseducational.es/p/reconocer-y-guiar-las-emociones/>
- Alonso, Y., Artigas, J., & Bohórquez, D. (2017). *Trastornos del Espectro Autista: Detección, diagnóstico e intervención temprana* (F. Alcantud Marín (Ed.)). Pirámide.
- André, T.-G., Valdez-Montero, C., Ortiz-Félix, R., & Gámez-Medina, M.-E. (2019). *Prevalencia del Trastorno del Espectro Autista: Una revisión de la literatura*. Universidad Autónoma de Sinaloa.
- Artigas-Pallares, J., & Paula, I. (2012). El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32(115), 567-587. <https://doi.org/10.4321/s0211-57352012000300008>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5™* (Asociación Americana de Psiquiatría (Ed.)). <https://doi.org/10.1001/archneurpsyc.1923.02190230091015>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®)* (5.ª ed.). Asociación Americana de Psiquiatría. <https://doi.org/10.1002/zamm.19770570626>
- Barbado, A. (2016). *La Eficacia De La Terapia Asistida Con Animales En Personas Con Discapacidad: Análisis De Los Flujos Comunicativos Entre La Persona Con Trastorno Del Espectro Del Autismo Y El Perro De Terapia* [Universidad de Salamanca]. <http://hdl.handle.net/10366/132901>
- Bonilla, M. F., & Chaskel, R. (2016). Trastorno del Espectro Autista. *Programa de Educación continua en Pediatría. Sociedad Colombiana de Pediatría*, 15(1), 19-29. <https://doi.org/10.1007/s10951-017-0554-9>
- Borja, M. B. (2019). *Hipoterapia y fortalecimiento del vínculo con la madre o cuidador en niños diagnosticados dentro del Trastorno del Espectro Autista*. Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Cabra, C. (2012). Terapia asistida con animales. Efectos positivos en la salud humana. *Journal of Agriculture and Animal Sciences*, 1(2), 32-45.
- De Lara, J. G. (2012). El autismo. Historia y clasificaciones. *Salud Mental*, 35(3), 257-261.
- Emociones*. (2020). Google Imágenes. <https://www.google.es/imghp?hl=es>

- Federación Autismo Castilla y León. (2020). *Prevalencia*. <https://autismocastillayleon.com/que-es-tea/prevalencia/>
- Fernández, Í. (2010). *Diccionario de Psicología Clínica y Psicopatología* (S. L. Editorial MAD (Ed.); 1.<sup>a</sup> ed.).
- Freepik Company S.L. (2020). *Iconos*. [www.flaticon.com](http://www.flaticon.com)
- Funahashi, A., Gruebler, A., Aoki, T., Kadone, H., & Suzuki, K. (2014). Brief report: The smiles of a child with autism spectrum disorder during an animal-assisted activity may facilitate social positive behaviors - Quantitative analysis with smile-detecting interface. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *44*, 685-693. <https://doi.org/10.1007/s10803-013-1898-4>
- Galarza, J.-E. (2012). *Eficacia del ADI-R para la detección y diagnóstico en NNA que se presume Trastorno Generalizado del Desarrollo, que asisten al "Centro de Rehabilitación Médica N.º 1 de Conocoto (INFA -MIES)", en el año 2011-2012*. Universidad Central del Ecuador.
- Gómez, C. (2019a). *Accesorios terroríficos*. Emoticanimal. <http://emoticanimal.es/actividad-de-halloween>
- Gómez, C. (2019b). *Dado equino y caballos matemáticos*. Emoticanimal. <http://emoticanimal.es/dado-equino-caballos-matematicos>
- Gómez, C. (2019c). *Dueños y sus mascotas*. Emoticanimal. <http://emoticanimal.es/actividad-duenos-y-sus-mascotas>
- Hervás Zúñiga, A., Balmaña, N., & Salgado, M. (2017). Los trastornos del espectro autista (TEA). *Pediatría Integral*, *XXI*(2), 92-108. [https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2017/xxi02/03/n2-092-108\\_AmaiaHervas.pdf](https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2017/xxi02/03/n2-092-108_AmaiaHervas.pdf)
- Jara-Gil, M. D., & Chacón-López, H. (2017). Terapia Asistida con Perros (TAP) aplicada a niños-as con Trastorno del Espectro Autista (TEA) en edad escolar. *Revista de educación de la Universidad de Granada*, *24*, 29-46.
- Kanner, L. (1943). Trastornos Autistas del Contacto Afectivo. *Revista Española de discapacidad intelectual siglo cero.*, *2*, 1-36.
- Martos-Montes, R., Ordóñez-Pérez, D., de la Fuente-Hidalgo, I., Martos-Luque, R., & García-Viedma, M. R. (2015). Intervención asistida con animales (IAA): Análisis de la situación en España. *Escritos de Psicología*, *8*(3), 1-10. <https://doi.org/10.5231/psy.writ.2015.2004>
- Materiales*. (2020). Google Imágenes. <https://www.google.es/imghp?hl=es>
- Millá, M. G., & Mulas, F. (2009). Atención temprana y programas de intervención específica en el trastorno del espectro autista. *Revista de Neurología*, *48*(SUPL 2), 47-52. <https://doi.org/10.33588/rn.48s02.2009020>

- Mulas, F., Ros-Cervera, G., Millá, M. G., Etchepareborda, M. C., Abad, L., & Téllez De Meneses, M. (2010). Modelos de intervención en niños con autismo. *Revista de Neurología*, 50(SUPPL. 3), 77-84. <https://doi.org/10.33588/rn.50s03.2009767>
- O'Haire, M. E. (2013). Animal-assisted intervention for autism spectrum disorder: A systematic literature review. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43, 1606-1622. <https://doi.org/10.1007/s10803-012-1707-5>
- Organización Mundial de la Salud. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10 : clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Editorial Médica Panamericana.
- Oropesa, P., García, I., Puente, V., & Matute, Y. (2009). Terapia asistida con animales como fuente de recurso en el tratamiento rehabilitador. *Medisan*, 13(6).
- Pajuelo Morán, C., García Gómez, A., López Risco, M., Guerrero Barona, E., Rubio Jiménez, J. C., & Moreno Manso, J. M. (2009). La terapia ecuestre como instrumento de mejora de las capacidades de adaptación en alumnos con trastornos de espectro autista (TEA). *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 3(1), 183-191. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349832322020>
- Ruiz, S., & Muñoz, M. (2017). ¡Yo también juego! ¿TEA apuntas? Guía para el juego dirigido en centros educativos. En M. Á. López (Ed.), *Asociación Autismo Córdoba*. Diputación de Córdoba. [http://www.autismo.org.es/sites/default/files/blog/adjuntos/yo\\_tambien\\_juego\\_teapuntas\\_optimizado.pdf](http://www.autismo.org.es/sites/default/files/blog/adjuntos/yo_tambien_juego_teapuntas_optimizado.pdf)
- Rutter, M., Bailey, A., & Lord, C. (2019). *SCQ. Cuestionario de Comunicación Social*. (J. Pereña & P. Santamaría (Eds.); 2ª). TEA Ediciones.
- Rutter, M., LeCouteur, A., & Lord, C. (2011). ADI-R. Entrevista para el Diagnóstico del Autismo - Revisada. *TEA ediciones*. <http://web.teaediciones.com/adi-r-entrevista-para-el-diagnostico-del-autismo---revisada.aspx>
- Saldaña, D. (2011). Desarrollo Infantil y Autismo: La Búsqueda de Marcadores Tempranos. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 11(1), 141-157.
- Serrano, M. J. (2004). *Manuales de evaluación de la terapia asistida por animales: II. Autismo* (Fundación Affinity (Ed.)). S.L., Viena Serveis Editorials.
- Soms i Sans, F., & Pruna, G. (2006). Cuestionarios de evaluación de la eficacia de la terapia y la educación asistida por animales con sujetos autista en los ámbitos escolar, asistencial y familiar. En Fundación Affinity (Ed.), *Animales de compañía, fuente de salud: Comunicaciones VI Congreso internacional* (pp. 99-106).
- Tabares, C., Vicente, F., Sánchez, S., Alejo, S., & Cubero, J. (2014). Cambios hormonales por efecto de la terapia asistida con caballos en personas autistas. *Campo Abierto*, 33(1), 37-46.

## **Anexos**

## **I. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LOS TEA SEGÚN DSM-5**

- A. Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos, manifestado por lo siguiente, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos, pero no exhaustivos):
1. Las deficiencias en la reciprocidad socioemocional varían, por ejemplo, desde un acercamiento social anormal y fracaso de la conversación normal en ambos sentidos, pasando por la disminución en intereses, emociones o afectos compartidos, hasta el fracaso en iniciar o responder a interacciones sociales.
  2. Las deficiencias en las conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social varían, por ejemplo, desde una comunicación verbal y no verbal poco integrada, pasando por anomalías del contacto visual y del lenguaje corporal o deficiencias de la comprensión y el uso de gestos, hasta una falta total de expresión facial y de comunicación no verbal.
  3. Las deficiencias en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones varían, por ejemplo, desde dificultades para ajustar el comportamiento en diversos contextos sociales, pasando por dificultades para compartir juegos imaginativos o para hacer amigos, hasta la ausencia de interés por otras personas. Especificar la gravedad actual.
- B. Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades, que se manifiestan en dos o más de los siguientes puntos, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos, pero no exhaustivos):
1. Movimientos, utilización de objetos o habla estereotipados o repetitivos (p. ej., estereotipias motoras simples, alineación de los juguetes o cambio de lugar de los objetos, ecolalia, frases idiosincrásicas).
  2. Insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad de rutinas o patrones ritualizados de comportamiento verbal o no verbal (p. ej., gran angustia frente a cambios pequeños, dificultades con las transiciones, patrones de pensamiento rígidos, rituales de saludo, necesidad de tomar el mismo camino o de comer los mismos alimentos cada día).
  3. Intereses muy restringidos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad o foco de interés (p. ej. fuerte apego o preocupación por objetos inusuales, intereses excesivamente circunscritos o perseverantes).
  4. Hiper- o hiporreactividad a los estímulos sensoriales o interés inhabitual por aspectos sensoriales del entorno (p. ej., indiferencia aparente al dolor/temperatura, respuesta adversa a sonidos o texturas específicos, olfateo o palpación excesiva de objetos, fascinación visual por las luces o el movimiento). Especificar la gravedad actual.

- C. Los síntomas deben de estar presentes en las primeras fases del período de desarrollo (pero pueden no manifestarse totalmente hasta que la demanda social supera las capacidades limitadas, o pueden estar enmascarados por estrategias aprendidas en fases posteriores de la vida).
- D. Los síntomas causan un deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento habitual.
- E. Estas alteraciones no se explican mejor por la discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o por el retraso global del desarrollo. La discapacidad intelectual y el trastorno del espectro autista con frecuencia coinciden; para hacer diagnósticos de comorbilidades de un trastorno del espectro autista y discapacidad intelectual, la comunicación social ha de estar por debajo de lo previsto para el nivel general de desarrollo.

## II. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LOS TEA SEGÚN CIE-10

- A. Presencia de un desarrollo anormal o alterado desde antes de los tres años, que se presenta en una de las siguientes áreas:
1. Lenguaje receptivo o expresivo utilizado para la comunicación social.
  2. Desarrollo de lazos sociales selectivos o interacción social recíproca.
  3. Juego simbólico y funcional.
- B. Deben estar presentes al menos seis síntomas de 1, 2 Y 3, incluyendo al menos dos de 1, uno de 2 y otro de 3:
1. Alteraciones cualitativas en la interacción social que se manifiestan al menos en dos de las siguientes áreas:
    - a) Fracaso en la utilización adecuada del contacto visual, la expresión facial, la postura corporal y los gestos para regular la interacción social.
    - b) Fracaso en el desarrollo (adecuado a la edad mental y a pesar de tener ocasiones para ello) de relaciones con personas de su edad que impliquen compartir intereses, actividades y emociones.
    - c) Ausencia de reciprocidad socioemocional, puesta de manifiesto por una respuesta alterada o anormal hacia las emociones de otras personas, o falta de modulación del comportamiento en respuesta al contexto social o débil integración de los comportamientos social, emocional y comunicativo.
    - d) Falta de interés en compartir las alegrías, los intereses o los logros con otros individuos (p. ej., falta de interés en mostrar, traer hacia sí o señalar a otras personas u objetos de interés para el niño).
  2. Alteraciones cualitativas en la comunicación que se manifiestan en al menos una de las siguientes áreas:
    - a) Retraso o ausencia del desarrollo del lenguaje hablado, aunque no se acompaña de intentos de compensación mediante el recurso de la utilización de gestos alternativos para comunicarse (a menudo precedido por la falta de balbuceo comunicativo).
    - b) Fracaso relativo para iniciar o mantener una conversación (cualquiera que sea el nivel de competencia en la utilización del lenguaje alcanzado), en la que es necesario el intercambio de respuestas con el interlocutor.
    - c) Uso estereotipado y repetitivo del lenguaje o uso idiosincrásico de palabras o frases.
    - d) Ausencia de juegos de simulación espontáneos (en edades tempranas) o de juego social imitativo.

3. Patrones de comportamientos, intereses y actividades restringidas, repetitivas y estereotipadas, que se manifiestan en al menos una de las siguientes áreas:
  - a) Preocupación limitada a uno o más comportamientos estereotipados que son anormales en su contenido. En ocasiones, el comportamiento no es anormal en sí, pero sí lo es la intensidad y el carácter restrictivo con que se produce.
  - b) Existe, en apariencia, una adherencia a rutinas o rituales específicos y carentes de sentido.
  - c) Manierismos motores estereotipados y repetitivos que pueden consistir en palmadas o retorcimientos de las manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo.
  - d) Preocupaciones por partes de objetos o por elementos carentes de funcionalidad de los objetos de juego (tales como el olor, la textura de su superficie, el ruido o la vibración que producen)
  
- C. El cuadro clínico no puede atribuirse a otras variedades del trastorno generalizado del desarrollo, a un trastorno específico del desarrollo de la comprensión del lenguaje (F80.2) con problemas socioemocionales secundarios, a trastorno reactivo de la vinculación de la infancia (F94.1), a trastorno de la vinculación de la infancia tipo desinhibido (F94.2), a retraso mental (F70-72) acompañado de trastornos de las emociones y del comportamiento, a esquizofrenia (F20) de comienzo excepcionalmente precoz, ni a síndrome de Rett (F84.2).

### III. NIVELES DE GRAVEDAD DE LOS TEA SEGÚN DSM-5

<b>NIVEL DE GRAVEDAD</b>	<b>Comunicación social</b>	<b>Comportamientos restringidos y repetitivos</b>
<b>GRADO 1</b> <i>“Necesita ayuda”</i>	Sin ayuda in situ, las deficiencias en la comunicación social causan problemas importantes. Dificultad para iniciar interacciones sociales y ejemplos claros de respuestas atípicas o insatisfactorias a la apertura social de otras personas. Puede parecer que tiene poco interés en las interacciones sociales. Por ejemplo, una persona que es capaz de hablar con frases completas y que establece comunicación, pero cuya conversación amplia con otras personas falla y cuyos intentos de hacer amigos son excéntricos y habitualmente sin éxito.	La inflexibilidad de comportamiento causa una interferencia significativa con el funcionamiento en uno o más contextos. Dificultad para alternar actividades. Los problemas de organización y de planificación dificultan la autonomía.
<b>GRADO 2</b> <i>“Necesita ayuda notable”</i>	Deficiencias notables de las aptitudes de comunicación social verbal y no verbal; problemas sociales aparentes incluso con ayuda in situ; inicio limitado de interacciones sociales; y reducción de respuesta o respuestas no normales a la apertura social de otras personas. Por ejemplo, una persona que emite frases sencillas, cuya interacción se limita a intereses especiales muy concretos y que tiene una comunicación no verbal muy excéntrica.	La inflexibilidad de comportamiento, la dificultad de hacer frente a los cambios u otros comportamientos restringidos/ repetitivos aparecen con frecuencia clara- mente al observador casual e interfieren con el funcionamiento en diversos contextos. Ansiedad y/o dificultad para cambiar el foco de acción.
<b>GRADO 3</b> <i>“Necesita ayuda muy notable”</i>	Las deficiencias graves de las aptitudes de comunicación social verbal y no verbal causan alteraciones graves del funciona- miento, inicio muy limitado de las interacciones sociales y res- puesta mínima a la apertura social de otras personas. Por ejemplo, una persona con pocas palabras inteligibles que rara- mente inicia interacción y que, cuando lo hace, realiza estrategias inhabituales sólo para cumplir con las necesidades y únicamente responde a aproximaciones sociales muy directas.	La inflexibilidad de comportamiento, la extrema dificultad de hacer frente a los cambios u otros comportamientos restringidos/repetitivos interfieren notable- mente con el funcionamiento en todos los ámbitos. Ansiedad intensa/dificultad para cambiar el foco de acción.

#### IV. MODELOS DE INTERVENCIÓN EN LOS TEA

<b>PSICODINÁMICAS</b>	<b>BIOMÉDICAS</b>	<b>PSICOEDUCATIVAS</b>
	Medicaciones Medicina complementaria y alternativa	Conductuales Evolutivas Basadas en terapias: <ul style="list-style-type: none"><li>- Centradas en la comunicación</li><li>- Sensoriomotoras</li><li>- Basadas en la familia</li><li>- Combinadas</li></ul>

Adaptado de Mulas et al. (2010).

## V. BENEFICIOS DE LAS TAP EN ALUMNOS CON TEA

<b>NIVEL FÍSICO Y PSICOMOTOR</b>	<b>NIVEL NEUROCOGNITIVO</b>	<b>NIVEL PSICOSOCIAL Y EMOCIONAL</b>
Aumento de la movilidad y de la manipulación de objetos.	Promueve la comunicación oral y corporal.	Disminuye la ansiedad y el estrés, a la vez que mejora el sueño.
Coordinación ojo-manual. Mejora la postura y el equilibrio.	Mejora la articulación de palabras y su vocabulario.	Mejora el autocontrol.
Reduce patrones de movimiento anormales.	Potencia la memoria.	Disminuye las conductas estereotipadas. Crea seguridad y confianza.
Estimula el contacto ocular y físico.	Ayuda a progresar en el desarrollo de la comunicación y el lenguaje.	Relaja y disminuye los niveles de agresividad y descontrol de impulsos.
	Aumenta la concentración, percepción, atención y memoria.	Potencia las emociones positivas.
	Estimula nuevos aprendizajes.	Mejora la relación con el entorno y la socialización.
		Desarrolla la afectividad. Potencia sentimientos de empatía.
		Restablece el crecimiento emocional.

Adaptado de Jara-Gil & Chacón-López (2017).

## VI. FICHA TÉCNICA SCQ

<b>Nombre</b>	SCQ, <i>Cuestionario de Comunicación Social</i> .
<b>Nombre original</b>	SCQ, <i>The Social Communication Questionnaire</i> .
<b>Autores</b>	Michael Rutter, Anthony Bailey y Catherine Lord.
<b>Procedencia</b>	WPS, Western Psychological Services, Los Ángeles, Estados Unidos.
<b>Adaptación española</b>	Jaime Pereña y Pablo Santamaría (TEA Ediciones, 2005, 2019).
<b>Aplicación</b>	Individual y colectiva.
<b>Ámbito de aplicación</b>	A partir de 4 años.
<b>Duración</b>	Entre 10 y 15 minutos (aplicación y corrección).
<b>Finalidad</b>	Evaluación de los trastornos de autismo mediante observación de la conducta del niño. Se obtiene una puntuación total y tres posibles puntuaciones adicionales (Problemas de interacción social, Dificultades de comunicación y Conducta restringida, repetitiva y estereotipada).
<b>Baremación</b>	Estudios disponibles con diversas muestras clínicas en Estados Unidos que establecen puntos de corte para la práctica clínica.
<b>Materiales</b>	Manual y ejemplares autocorregibles de las dos formas del cuestionario (Forma A: Toda la vida; Forma B: Situación actual).
<b>Formato de aplicación</b>	Papel.
<b>Modo de corrección</b>	Manual.

Extraído de Rutter et al. (2019)

## VII. FICHA TÉCNICA ADI-R

### *AUTORES*

**M. Rutter, A. LeCouteur y C. Lord**

<i>APLICACIÓN</i>	Individual o Colectiva.
<i>TIEMPO</i>	De 1 a 2 horas aproximadamente.
<i>EDAD</i>	Edad mental mayor de 2 años.
<i>NÚMERO DE ÍTEMS</i>	93
<i>SISTEMA DE CORRECCIÓN</i>	Manual.
<i>ELEMENTOS DE LA ENTREVISTA</i>	Antecedentes, preguntas introductorias, desarrollo temprano, adquisición y pérdida del lenguaje y otras habilidades, funcionamiento del lenguaje y la comunicación, desarrollo social y juego, actividades favoritas / juguetes, intereses y comportamiento generales.

Adaptado de Rutter et al. (2011)

## VIII. CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE LA TAA EN NIÑOS CON TEA

<b>ALUMNO:</b>	<b>TERAPEUTA:</b>	<b>DÍA:</b>
----------------	-------------------	-------------

	Siempre	Algunas veces	Nunca
1) <i>Se muestra aislado durante la sesión.</i>			
2) <i>Ignora al animal de compañía.</i>			
3) <i>Existe algún tipo de indicador social que facilite la iniciación a la terapia.</i>			
4) <i>Evita y aparta la mirada del animal.</i>			
5) <i>Muestra atención escasa al animal.</i>			
6) <i>Atiende al animal, pero se distrae con facilidad.</i>			
7) <i>El comportamiento hacia el animal no difiere del adoptado hacia los objetos.</i>			
8) <i>Mantiene su interés por el animal.</i>			
9) <i>Su comportamiento parece estar continuamente afectado por la presencia del animal.</i>			
10) <i>Muestra evidencia de estar molesto por el animal.</i>			
11) <i>Ligera expectativa y conducta cohibida en los primeros minutos de la sesión.</i>			
12) <i>Acepta al animal sin evidenciar cautela, temor o inhibición.</i>			
13) <i>Generalmente muestra estar en situación de bienestar, nada le trastorna y está animado.</i>			
14) <i>Reacciona brevemente a la proximidad social, pero si no se le aproxima directamente el animal, no le presta atención.</i>			
15) <i>Reacciona a la proximidad social y continúa interesado por el animal.</i>			
16) <i>Busca la proximidad social con el animal que le garantice una distancia suficiente para evitar el contacto físico.</i>			
17) <i>Acepta el contacto físico con el animal con ayuda.</i>			
18) <i>Inicia el contacto físico con el animal por su propia iniciativa.</i>			
19) <i>No se observa ningún tipo de comunicación ni con la voz ni con el gesto hacia el animal.</i>			
20) <i>Emite sonidos vocálicos, palabras y frases estereotipados y ecolálicos sin intención comunicativa.</i>			
21) <i>Se comunica con el animal utilizando los gestos y la mímica.</i>			
22) <i>Emite sonidos vocálicos, palabras y frases estereotipados y ecolálicos con intención comunicativa.</i>			

23) <i>Emisión de palabras y frases adecuados al contexto.</i>			
24) <i>Rechaza toda sugerencia o solicitud del terapeuta.</i>			
25) <i>No coopera durante la sesión.</i>			
26) <i>Manifiesta hiperactividad, no puede estar quieto durante la sesión.</i>			
27) <i>Se queda inactivo en los juegos y actividades propuestas de cuidado del animal.</i>			
28) <i>Normalmente está inactivo en los juegos y actividades propuestas de cuidado del animal, pero responde apropiadamente con ayuda.</i>			
29) <i>Aprende los juegos y actividades de cuidado del animal durante la terapia, pero se le olvida rápidamente.</i>			
30) <i>Se implica en los juegos y actividades de cuidado del animal con autonomía moderada.</i>			
31) <i>Se implica en los juegos y actividades de cuidado del animal con total autonomía.</i>			
32) <i>Rápidamente se da cuenta de los cambios en los juegos y actividades de cuidado del animal y se agita con facilidad.</i>			
33) <i>Acepta los cambios en los juegos y actividades de cuidado del animal con tolerancia.</i>			
34) <i>En la sesión se observan en el niño reacciones positivas y de afecto hacia el animal.</i>			
35) <i>En la sesión el niño mira a la terapeuta para comprobar que ha visto lo que hace.</i>			
36) <i>Hace lo mismo con las demás personas que estén presentes en la sesión.</i>			
37) <i>El niño sonrío satisfecho.</i>			
38) <i>El niño sonrío a la terapeuta.</i>			
39) <i>El niño muestra su alegría verbalmente.</i>			

Adaptado de Soms i Sans & Pruna (2006)

## IX. EJEMPLOS DE ACTIVIDADES PARA LAS SESIONES (EMOTICANIMAL)

### DADO EQUINO + CABALLOS MATEMÁTICOS



Imagen extraída de Gómez (2019b).

La dinámica propuesta por Gómez (2019b) es la siguiente:

1. “Coger el dado equino para lanzarlo, y mirar el número (equino) que nos ha tocado.
2. Coger el dado de colores para lanzarlo, y mirar el color que nos ha tocado.
3. Buscar en la plantilla del caballo matemático el número con el color correspondiente (o los números, porque puede haber más de uno).”

Además de la anterior, también menciona que se pueden realizar otras dinámicas como:

- “Contar los números de cada conjunto número-color. Ej.: dos 3 blancos, un 2 azul...”
- Operaciones aritméticas: teniendo en cuenta únicamente el número o el color, o también ambos; para realizar sumas, restas, multiplicaciones...” (Gómez, 2019b).

## DUEÑOS Y SUS MASCOTAS



Imagen extraída de Gómez (2019c).

Según Gómez (2019c) esta actividad consiste en:

- “Identificar los diferentes animales que están con sus dueños para encontrar ese mismo animal en las tarjetas de las imágenes reales.
- Asociar los diferentes animales: Dibujo animado – Imagen real.”

Además, esta actividad, puede servir para lo siguiente:

- “Denominar los diferentes animales.
- Describir las diferentes escenas: acciones, vestimentas...
- Mencionar los colores presentes.
- Escribir las diferentes especies de animales.
- Clasificar según su clase: mamífero, ave, reptil, pez...” (Gómez, 2019c).

## ACCESORIOS TERRORÍFICOS



Imagen extraída de Gómez (2019a).

En este caso, además de ser hecha por la propia terapeuta, la actividad está adaptada a una festividad, Halloween, lo que puede resultar incluso más motivador para el niño.

Con esta actividad podemos trabajar las siguientes dinámicas:

- *“Identificar aquellos accesorios que sí pertenezcan a la fiesta de Halloween.*
- *Diferenciar los accesorios de Halloween de los de Carnaval y Navidades.*
- *Describir cada uno de los elementos: como son, sus colores...*
- *Asociar cada elemento a un disfraz (si es posible).”* (Gómez, 2019a).

## X. EJEMPLOS DE ACTIVIDADES PARA LAS SESIONES (AKROS)

### RECONOCER Y GUIAR LAS EMOCIONES

Este es un “juego para aprender a reconocer, a partir de expresiones y gestos, las 10 emociones básicas que guían nuestro comportamiento. Permite nombrarlas, clasificarlas en agradables y desagradables, y ordenarlas según su intensidad” (Akros, 2017c).



## ASOCIACIONES

“Observa, asocia y aprende la relación funcional que hay entre los objetos” (Akros, 2017a).



68 FICHAS



9 cm



Muy resistente

## LOS 5 SENTIDOS

Este juego se trata de lanzar el dado e identificar distintas situaciones de la vida real, en las que percibimos con el órgano sensorial que aparece en el dado (Akros, 2017b).



## **XI. EJEMPLO DE SESIÓN AL PRINCIPIO DEL PROGRAMA**

Llegamos al domicilio del niño, lo saludamos y dejamos que salude al perro durante unos minutos. A continuación, le decimos al niño que espere sentado mientras preparamos los materiales que vamos a necesitar y organizamos el espacio como sea necesario para la sesión.

En primer lugar, en el caso de que aún no conozca bien al perro, le diremos su nombre y le preguntaremos si quiere acariciarlo, siempre intentando que, aunque sea poco a poco, el niño establezca un vínculo con el animal. Cuando veamos que el acercamiento ha tenido éxito, empezaremos con la parte de “higiene”, le indicaremos al usuario que nuestro perro está despeinado, y le pediremos que nos ayude a peinarlo, e incluso si quiere, podemos ponerle colonia.

Empezamos la actividad enseñándole al usuario nuestro dado de colores y, poco a poco, enseñándole el nombre de cada uno de ellos (adecuándonos a su nivel lingüístico). A continuación, le decimos que tire el dado en el tablero que nosotros habremos preparado (no tiene por qué ser de juego, solo es para delimitar el área donde debe tirar el dado). Después, le decimos al niño que mire al perro, y le preguntamos si ve algo que le llame la atención (en el arnés del perro habrá varias tarjetas con los mismos colores que aparecen en el dado pegadas con velcro). Si responde indicándonos que lleva tarjetas de colores continuaremos con la actividad, sino seguiremos preguntándole, esta vez dando pistas y señalando las tarjetas para ver si se percata y consigue respondernos de manera correcta. En este momento, debemos explicarle al niño que debe coger la tarjeta que tenga el mismo color que salga en el dado y, cuando acabe, debe dejar la tarjeta encima de la mesa.

Para finalizar la sesión, dejamos que, durante unos minutos, el niño acaricie al perro o se despida de él como le resulte más cómodo y, le damos una “chuche” para que él se la dé al perro. Además, siempre le pediremos que nos ayude a recoger todo el material que hemos utilizado, explicándole que lo hemos usado los dos, y que él también debe ayudar para que la sala quede ordenada, estableciendo así la costumbre de ordenar lo que utiliza.

## MATERIALES

DADOS DE COLORES



TABLERO



TARJETAS DE COLORES



CEPILLO



ARNÉS CON BOLSILLOS Y VELCRO



COLONIA DE PERRO



Imágenes extraídas de *Materiales* (2020)

## OBJETIVOS

- A nivel comunicativo-social:
  - Promover una comunicación funcional: adquirirá conocimiento sobre los colores y la capacidad de nombrarlos de manera correcta.
- A nivel cognitivo:
  - Desarrollar las funciones ejecutivas (tales como planificación, programación, autocorrección, etc.): aprenderá a relacionar que el mismo color del dado se encuentra en el peto y debe aprender cuál es para coger el correcto. En el caso de que se equivoque podemos darle pistas o hacerle preguntas como “¿Seguro que es este?”, para darle la oportunidad de autocorregirse.
  - Desarrollar las habilidades sociales: en la parte de la higiene le hacemos ver que necesitamos su ayuda para que el perro no esté despeinado o sucio, por lo que le estamos enseñando a que, cuando alguien necesita ayuda, él puede contribuir.
- A nivel afectivo:
  - Desarrollar la empatía: poco a poco hacemos que se sienta responsable del cuidado del perro (peinarlo, ponerle colonia, darle “premios”) y de darle cariño (acariciarlo durante la sesión cuando se le permita).
- A nivel conductual:
  - Aumentar el autocontrol: este objetivo lo perseguiremos durante todas las sesiones. Por ejemplo, al llegar a su casa dejamos que toque al perro, pero debe aprender que, cuando nosotros preparamos la actividad, debe esperar sentado y, en la medida en que pueda, debe estar tranquilo. O en el caso del tablero, vamos a indicarle que debe tirar el dado en esa área, es decir, no podrá tirarlo donde él quiera y con la fuerza que quiera, deberá autorregularse para que el dado caiga en esa área.
  - Reducir de las conductas desadaptativas y sustituirlas por habilidades adaptativas que permitan asumir responsabilidades (adecuadas a sus capacidades) y adquirir independencia y autonomía: el hecho de que se quede sentado el tiempo que se lo pidamos, o que deje las cartas sobre la mesa ordenadamente, puede ayudar en situaciones como, por ejemplo, al ir por la calle con sus padres, que lo deben coger todo el rato de la mano por si echa a correr. Por otra parte, si le piden que ordene algunos de sus juguetes, puede hacerlo él solo.

## **XII. EJEMPLO DE SESIÓN A MEDIADOS DEL PROGRAMA**

Llegamos al domicilio del niño, lo saludamos y dejamos que salude al perro durante unos minutos. A continuación, le decimos al niño que espere sentado mientras preparamos los materiales que vamos a necesitar y organizamos el espacio como sea necesario para la sesión.

En primer lugar, empezaremos con la parte de “higiene”. A estas alturas, el niño ya conoce el orden que siguen las sesiones, por lo que le diremos que busque el cepillo (lo dejamos encima de la mesa siempre para que sepa dónde ir a buscarlo) y que puede empezar a peinar al perro. En este momento, iremos diciéndole que lo peine en distintos sitios como la cabeza, el lomo, las patas o la cola, y corrigiéndolo cuando se equivoque o ayudándolo a que se dé cuenta de que se ha equivocado, de esta manera irá aprendiendo las partes del cuerpo del animal. Cuando acabe, debe guardar el cepillo en nuestra bolsa; si vemos que no lo hace, se lo recordamos.

En esta sesión pondremos encima de la mesa varios objetos pertenecientes a distintas habitaciones de la casa. A continuación, colocaremos varias tarjetas en el suelo, con los nombres de los objetos que pondremos en la mesa y, por la otra cara habrá un dibujo por si no conseguimos que el niño lea la palabra o no la entiende cuando se la leemos nosotros. A continuación, llamaremos al perro para que se tumbe delante de las tarjetas y nos ayude a hacer la actividad. Cuando coja una, le pedimos que le diga al perro lo que pone en esa carta, dándole así una motivación extra para que se esfuerce al intentar leer la palabra. En el caso de que no sepa leerla, le decimos que le enseñe al perro la imagen que hay detrás de la carta. De esta manera también hacemos que interactúe con el animal. Finalmente, el niño deberá buscar el objeto de la carta, entre los que habremos dejado encima de la mesa y, cuando lo encuentre le pediremos que nos enseñe la habitación en la que debemos colocar dicho objeto. Por ejemplo, si se trata de un cepillo de dientes, él debe llevarnos al baño; si fuera una cuchara, a la cocina. Además, podemos pedirle que nos enseñe para que sirve dicho objeto o como se utiliza, siendo suficiente que realice un gesto o mímica. Por ejemplo, que haga el gesto de comer con la cuchara, el de lavarse los dientes con el cepillo de dientes o ponerse una chaqueta.

Para finalizar la sesión, dejamos que, durante unos minutos, el niño acaricie al perro o se despida de él como le resulte más cómodo y, le damos una “chuche” para que él se la dé al perro. Además, siempre le pediremos que nos ayude a recoger todo el material que hemos utilizado, explicándole que lo hemos usado los dos, y que él también debe ayudar para que la sala quede ordenada, estableciendo así la costumbre de ordenar lo que utiliza.

## MATERIALES



Además de las tarjetas, utilizaremos los objetos correspondientes a los dibujos que aparecen en ellas.

Iconos extraídos de Freepik (2020)

## OBJETIVOS

- A nivel comunicativo-social:
  - Aumentar de la predisposición e interés hacia la interacción con otras personas: fomentaremos que nos enseñe las tarjetas, lo reforzaremos lo máximo posible cuando acierte y deberá mostrarnos las habitaciones donde va cada objeto, haciéndole ver un cambio de rol, en el que él nos enseña a nosotros, lo cual le hará sentir útil y tendrá ganas de mostrarnos sus conocimientos, así como a sus seres cercanos.
  - Promover una comunicación funcional: aprenderá nombres de varios objetos básicos en las casas, de esta manera podrá pedir las cosas por su nombre si los necesita.
- A nivel cognitivo:
  - Desarrollar las funciones ejecutivas (tales como planificación, programación, autocorrección, etc.): en esta sesión el usuario aprenderá a seguir los pasos para realizar la actividad: coger la carta, leerla, relacionarla con el objeto de la mesa que toque, mostrarnos la habitación en la que se encuentra y finalmente, enseñarnos para qué sirve. Además, reforzaremos con la presencia e interacción con el perro, que preste atención a la actividad. Esto último puede aplicarse a todas las sesiones.
  - Desarrollar las habilidades sociales: en la parte de la higiene le hacemos ver que necesitamos su ayuda para que el perro no esté despeinado o sucio, le estamos enseñando a que, cuando alguien necesita ayuda, él puede contribuir.
- A nivel afectivo:
  - Desarrollar la empatía: poco a poco hacemos que se sienta responsable del cuidado del perro (peinarlo, ponerle colonia, darle “premios”) y de darle cariño (acariciarlo durante la sesión cuando se le permita).
- A nivel conductual:
  - Aumentar el autocontrol: lo fomentaremos como he mencionado en la anterior sesión. En este caso, por ejemplo, le diremos que, cuando vaya hacia una habitación tiene que ir caminando tranquilo.
  - Reducir de las conductas desadaptativas y sustituirlas por habilidades adaptativas que permitan asumir responsabilidades (adecuadas a sus capacidades) y adquirir independencia y autonomía (por ejemplo, higiene personal, vestirse solo/a, etc.): en este caso, además aprenderá a utilizar varios objetos como cubiertos, cepillos, o ropa, pudiendo así aprender poco a poco a extrapolar la actividad a su día a día.

### **XIII. EJEMPLO DE SESIÓN AL FINAL DEL PROGRAMA**

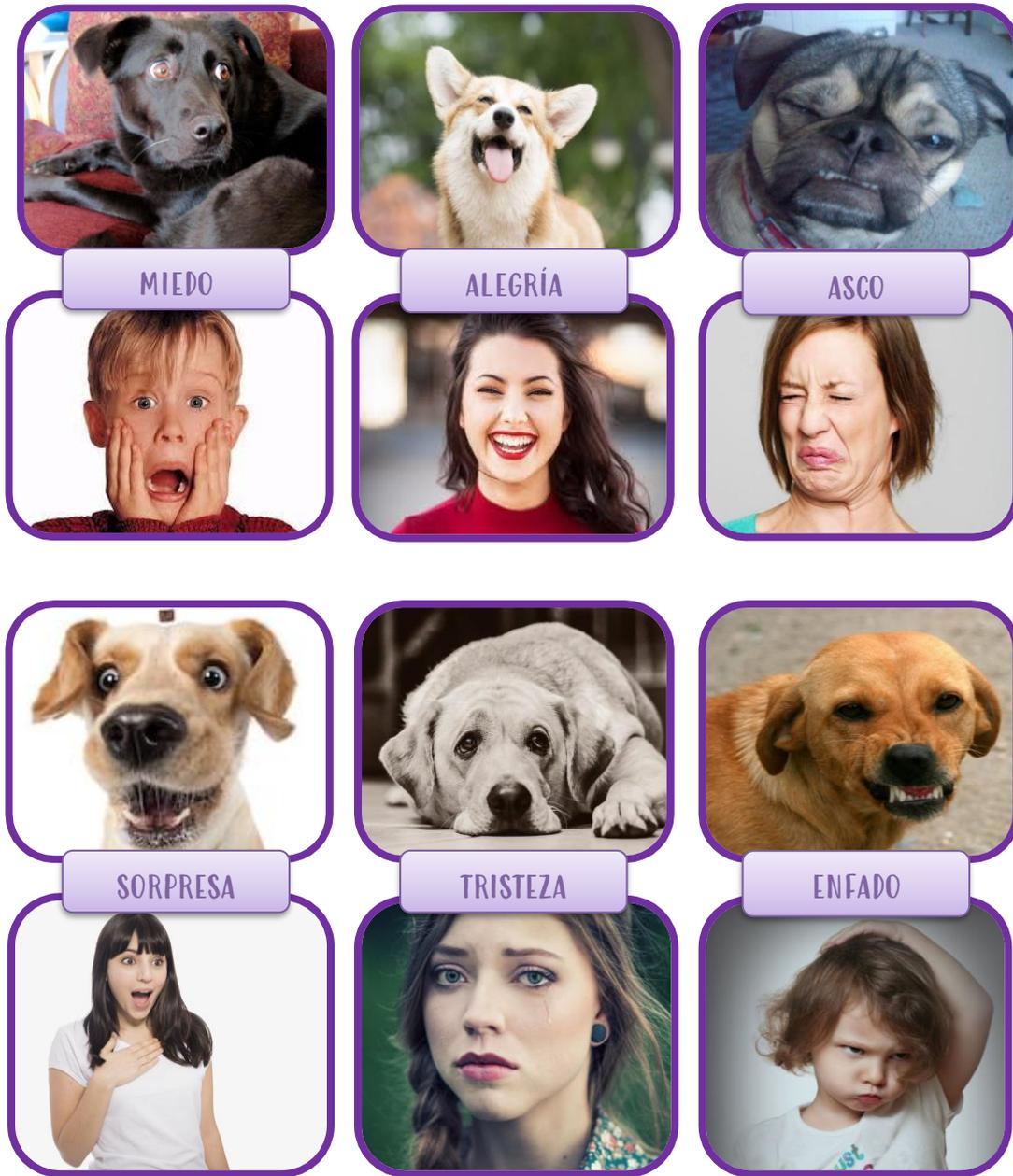
Llegamos al domicilio del niño, lo saludamos y dejamos que salude al perro durante unos minutos. A continuación, le decimos al niño que espere sentado mientras preparamos los materiales que vamos a necesitar y organizamos el espacio como sea necesario para la sesión.

En primer lugar, empezaremos con la parte de “higiene”. A estas alturas, el niño ya conoce el orden que siguen las sesiones, por lo que le diremos que busque el cepillo (lo dejamos encima de la mesa siempre para que sepa dónde ir a buscarlo) y que puede empezar a peinar al perro. En este momento, iremos diciéndole que lo peine en distintos sitios como la cabeza, el lomo, las patas o la cola, y corrigiéndolo cuando se equivoque o ayudándolo a que se dé cuenta de que se ha equivocado, de esta manera irá aprendiendo las partes del cuerpo del animal. Cuando acabe, debe guardar el cepillo en nuestra bolsa, si vemos que no lo hace, se lo recordamos.

En la actividad de esta sesión el niño deberá ir hacia el perro y decirle “sienta” o, en el caso de que no tenga esa capacidad lingüística, le enseñaremos que nuestro perro se sienta cuando extendemos la mano y cerramos el puño. Cuando el perro esté sentado, el niño debe coger una de las tarjetas que hay dentro de los bolsillos del arnés. En estas tarjetas veremos distintas imágenes de perros expresando varias emociones. Cuando la coja, podemos pedirle que imite la cara que está poniendo el perro en cada caso. A continuación, le pediremos que junte la imagen que haya cogido, con la que le parezca que expresa lo mismo, de entre las tarjetas que habremos puesto en la mesa (en este caso con fotos de personas expresando emociones). Además, trabajaremos con él para intentar que aprenda los nombres de cada emoción. Si vemos que realiza la actividad con éxito, podríamos complicarla un poco más, pidiéndole que clasifique la emoción en “buena” o “mala” según lo que cree que siente la persona o animal de la foto.

Para finalizar la sesión, dejamos que, durante unos minutos, el niño acaricie al perro o se despida de él como le resulte más cómodo y, le damos una “chuche” para que él se la dé al perro. Además, siempre le pediremos que nos ayude a recoger todo el material que hemos utilizado, explicándole que lo hemos usado los dos, y que él también debe ayudar para que la sala quede ordenada, estableciendo así la costumbre de ordenar lo que utiliza.

MATERIALES



Imágenes extraídas de *Emociones* (2020).

## OBJETIVOS

- A nivel comunicativo-social:
  - Aumentar de la predisposición e interés hacia la interacción con otras personas: aumentará su interés dado que le resultará más fácil saber que sienten otras personas.
  - Promover una comunicación funcional: le enseñaremos los nombres de las emociones, de esta manera, podría llegar a indicar como se siente expresándolo con palabras.
  - Desarrollar las habilidades sociales: aprenderá a detectar emociones en la cara de las personas, de los perros y lo que cada una significa.
- A nivel afectivo:
  - Desarrollar la empatía: le pediremos que intente entender cómo se siente la persona de la foto, ponerse en su lugar imitando la cara que pone, además de tener que clasificar la emoción en positiva o negativa.
- A nivel conductual:
  - Aumentar el autocontrol: trabajado de manera similar a las otras sesiones, por ejemplo, esperando paciente cuando se lo indiquemos.