



**Universitat de les  
Illes Balears**

Facultad de Guillem Cifre de Colonya

**Memoria del Trabajo Final de Grado**

# Intervención social y calidad de vida en la diversidad: una aproximación a las Terapias Asistidas por Animales en personas con diversidad funcional.

Noelia Ruiz Nevado

**Grado de Educación Social**

Año académico 2015-16

DNI del/la alumno/a: 41583299N

Trabajo Tutelado por Antonio Casero Martínez

Departamento de Pedagogía Aplicada y Psicología de la Educación

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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Palabras clave del trabajo: diversidad intelectual, calidad de vida, terapias asistidas con animales.



## **Abstract**

People who show any type of intellectual disability present a few necessities and characteristics to achieve a good quality of life. Among these people, there are a wide variety of psychological problems, which can be more or less severe. Thus, through Animal Assisted Therapies, many of these needs can be worked thanks to the interaction of the person with the co-therapeutic animal, in addition to being a powerful positive influence on the quality of life of these people.

Therefore, the main objective of this paper is to expose many aspects closely related to people with intellectual disabilities (different kinds of classification schemes, their needs and characteristics, etc.) in addition to carrying out an approach to the Animal Assisted Therapy, with the intention of linking both areas discussed above giving special importance to the concept of quality of life.

Hence, it has been observed that these therapies can be very beneficial for the mental, physical and emotional health of the people with intellectual disabilities, as long as interventions are properly implemented and to complement other therapies more specific and concrete.

## **Key Words**

*Animal Assisted Therapy, intellectual disabilities, quality of life.*

## Índice

Introducción.....	4
Justificación.....	4
Objetivos.....	4
Metodología.....	5
Estructura.....	5
<b>1. BLOQUE A</b>	
1.1. Conceptualización de disfunción intelectual.....	6
1.2. Clasificación de disfunción intelectual.....	8
1.3. Calidad de vida y disfunción intelectual.....	17
1.4. ¿Cuáles son las principales necesidades y características de las personas con disfunción intelectual?.....	18
<b>2. BLOQUE B</b>	
2.1. Antecedentes de las Terapias Asistidas por Animales.....	25
2.2. Conceptualización de la Terapia Asistida por Animales.....	27
2.3. Tipos de Terapias Asistidas con Animales.....	29
2.3.1. Según el entorno de aplicación.....	29
2.3.2. Según el animal de las TAA.....	31
2.4. Beneficios de las Terapias Asistidas con Animales.....	34
2.4.1. Beneficios generales.....	34
2.4.2. Beneficios específicos.....	36
2.5. ¿Por qué el caballo, el perro o el delfín en las TAA? .....	37
<b>3. BLOQUE C</b>	
3.1. Disfunción intelectual y Terapias Asistidas por Animales.....	39
3.2. Terapias Asistidas con Animales, personas con discapacidad y calidad de vida.....	43
<b>4. Conclusiones.....</b>	<b>45</b>
Referencias bibliográficas.....	48

## **Introducción**

Las personas que presentan algún tipo de disfunción intelectual presentan una serie de necesidades y de características para lograr una buena calidad de vida. Dentro de estas personas, existe una gran variedad de problemas psicológicos, los cuales pueden ser más o menos graves. De esta manera, a través de las Terapias Asistidas por Animales, muchas de estas necesidades pueden trabajarse gracias a la interacción de la persona con el animal co-terapéutico, además de ser una potente influencia positiva en la calidad de vida de dichas personas. Así pues, en el presente trabajo se pretende exponer todo lo relacionado con las personas con discapacidad intelectual (clasificación, necesidades, características en la calidad de vida, etc.), además de llevar a cabo una aproximación a las TAA con la intención de relacionar ambas cosas teniendo, muy en cuenta, el concepto de calidad de vida.

## **Justificación**

El presente trabajo surge, en primer lugar, del interés personal en relación a la utilización de Terapias Asistidas por Animales con personas de diversidad funcional en general y, en particular, con personas con algún tipo de disfunción intelectual. De esta manera, la intención de, próximamente, realizar un curso de experto universitario en la Universidad de las Islas Baleares en relación a la cuestión comentada ha sido uno de los detonantes por los que he decidido realizar este trabajo. Además, es una buena oportunidad para poder indagar más en el tema, ya que se trata de un tipo de terapias algo desconocidas por la sociedad en general.

Por otro lado, la creencia personal de que los animales, en general, son una figura muy positiva para las personas, he querido indagar en dichas terapias para averiguar qué son exactamente, qué beneficios tienen para las personas, además de cómo pueden influir en la calidad de vida de las personas, sobre todo en la que presentan algún problema o dificultad psicológico.

## **Objetivos**

1. Relacionar las Terapias Asistidas por Animales con la disfunción intelectual y con la calidad de vida.
  - 1.1 Conocer en mayor medida el concepto de discapacidad intelectual y lo que el mismo conlleva.

- 1.2 Realizar una búsqueda exhaustiva de las Terapias Asistidas por Animales.
- 1.3 Mostrar, a nivel teórico, los beneficios de las TAA en las personas con discapacidad intelectual.
- 1.4 Relacionar los conceptos de disfunción intelectual, calidad de vida y TAA.

## **Metodología**

La metodología de este trabajo final de grado consiste en una búsqueda exhaustiva de información en relación a los dos grandes conceptos que engloban el mismo, siendo estos la discapacidad intelectual y las Terapias Asistidas por Animales. De esta manera, la metodología principal se basa en la de un trabajo de búsqueda de información de diferentes libros y artículos, sobre todo, con la intención de conseguir una gran cantidad de datos con los que poder conocer en profundidad en qué consisten los dos ámbitos nombrados y, además, relacionarlos en cierta manera con la calidad de vida.

Una vez recopilada toda la información encontrada, se procede a ordenarla y clasificarla para poder llevar a cabo una correcta estructura del mismo, la cual explicaré a continuación.

## **Estructura**

En relación a la estructura del presente trabajo, cabe destacar que, el mismo, está clasificado en tres bloques diferenciados. De esta manera, en el primer bloque se hace especial hincapié en el concepto de disfunción intelectual y los aspectos más relevantes que este conlleva, tales como su significado, clasificaciones, necesidades de este colectivo, etc. Además, dentro del mismo bloque, se plantea el concepto de calidad de vida en relación a las personas con algún tipo de disfunción intelectual, ya que son en las que se basa el trabajo.

Por otro lado, en el segundo bloque se plasma un recorrido en relación a todo lo que se refiere a las Terapias Asistidas con Animales, teniendo en cuenta la historia de las mismas, así como el propio significado y su clasificación, los beneficios generales y específicos de cada terapia según el animal que se utilice (contemplando los tres más conocidos), entre otros aspectos.

Finalmente, en el tercer y último bloque, se ha llevado una pequeña relación cuanto a los tres grandes ámbitos de este trabajo, siendo estos las personas con discapacidad intelectual, las Terapias Asistidas con Animales y la influencia que tienen estas últimas en dichas personas que presentan algún tipo de disfunción intelectual en cuanto a su calidad de vida.

## 1. BLOQUE A

### 1.1. Conceptualización de disfunción intelectual

En primer lugar, una de las definiciones que encontramos en relación al concepto de discapacidad intelectual, es la que ofreció, en el año 2010, la Asociación Americana de Discapacidades del Desarrollo e Intelectuales (anteriormente conocida como Americana de Retraso Mental), la cual planteaba lo siguiente: *El retraso mental es una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa tal como se ha manifestado en habilidades prácticas, sociales y conceptuales. Esta discapacidad comienza antes de los 18 años* (AAIDD, 2010).

Dicha definición ha sufrido una serie de cambios importantes en relación otras anteriores realizadas por la misma asociación, tales como la del año 1992 o la del 2002. Así pues, en la última propuesta de definición realizada en el 2010 (expuesta en líneas anteriores), se deja de lado la idea de identificar la discapacidad intelectual, exclusivamente, como una característica del individuo y pasa a entenderse, por el contrario, como un estado del funcionamiento de la persona (Verdugo, 2003). Por lo tanto, la discapacidad intelectual ya no se considera un rasgo invariable de la misma, sino más bien como una limitación y dificultad del funcionamiento humano, el cual se manifiesta, a nivel general, en la interacción entre la persona y su entorno (Ph.D. Schalock, 2009). Asimismo, cabe destacar que el enfoque de la definición realizada en el año 2002 (la cual también se utiliza en la del año 2010), es el de un modelo teórico multidimensional, en el cual se manifiestas las siguientes dimensiones (Luckasson, et. al., 2002):

- Dimensión I (habilidades intelectuales): se considera una capacidad mental, la cual incluye el razonamiento, la planificación, la solución de problemas, el pensar de manera abstracta, la comprensión de ideas complejas, el aprendizaje con rapidez y, finalmente, el aprendizaje a través de la experiencia (Verdugo, 2003).

- Dimensión II (conducta adaptativa: habilidades conceptuales, sociales y prácticas): se entiende como el conjunto de dichas habilidades conceptuales, sociales y prácticas, las cuales son aprendidas por las personas para funcionar en su vida diaria. Así pues, las limitaciones relacionadas con esta dimensión afectan a la vida cotidiana del individuo, así como también a la habilidad para poder responder de manera adecuada a los cambios que se pueden dar a lo largo de la vida y a las demandas del ambiente. Algunos ejemplos de dichas habilidades son (Verdugo, 2003):

Conceptuales	Sociales	Prácticas
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Lenguaje (receptivo y expresivo)</li> <li>✓ Lectura y escritura</li> <li>✓ Conceptos relacionados con el dinero</li> <li>✓ Autodirección</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Interpersonal</li> <li>✓ Responsabilidad</li> <li>✓ Autoestima</li> <li>✓ Probabilidad de ser engañado (credulidad)</li> <li>✓ Ingenuidad</li> <li>✓ Seguir las reglas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Actividades de la vida diaria: comer, asearse, vestirse, etc.)</li> <li>✓ Actividades instrumentales de la vida cotidiana: preparación de las comidas, transporte, manejo del dinero, toma de medicinas, etc.)</li> <li>✓ Habilidades ocupacionales</li> <li>✓ Mantenerse en entornos seguros</li> </ul>

\*Tabla de elaboración propia

- Dimensión III (participación, interacciones y roles sociales): se trata de uno de los aspectos más relevantes de la definición del año 2002. Así pues, mientras que las otras dimensiones se relacionan con aspectos personales o ambientales, esta dimensión hace referencia a la evaluación de las interacciones con los demás y el rol social que el individuo desempeña, ya que son unos aspectos muy relevantes y de gran importancia en la vida de las personas (Verdugo, 2003).

- Dimensión IV (salud física, mental y factores etiológicos): esta dimensión surge de la necesidad de considerar y tener en cuenta la perspectiva de bienestar, teniendo como base el concepto de salud propuesto por la OMS, siendo dicho concepto entendido como un estado de completo bienestar físico, mental y social. Esta consideración se vio modificada respecto a la que se planteaba en el año 1992 a raíz de la necesidad de incluir aspectos no patológicos del bienestar emocional en la dimensión y, por lo tanto, en la definición, ya que solo se tenía en cuenta una perspectiva excesivamente psicopatologizadora, donde solo se destacaban, únicamente, los problemas de comportamiento y la posible psicopatología de los individuos (Verdugo, 2003).

- Dimensión V (contexto: ambientes y cultura): dicha dimensión describe las condiciones interrelacionadas en las cuales las personas viven de forma diaria. Así pues, se considera desde una perspectiva ecológica o teoría sistemática, la cual contiene, al menos, tres

niveles diferentes, los cuales pueden proporcionar oportunidades y fomentar el bienestar de las personas. Así pues, los tres niveles dichos anteriormente son (Verdugo, 2003):

a) **Microsistema:** espacio social inmediato donde está incluida la familia y personas próximas al individuo en cuestión.

b) **Mesosistema:** se refiere a la vecindad, la comunidad y las organizaciones que proporcionan servicios educativos o de habilitación o apoyos.

c) **Macrosistema o megasistema:** hace referencia a los patrones generales de la cultura, sociedad o grandes grupos de población, países o influencias sociopolíticas.

Además, también se afirma que la discapacidad intelectual es caracterizada por las limitaciones significativas que tiene el individuo tanto en el funcionamiento intelectual como, también, en el comportamiento adaptativo, las cuales se expresan en las habilidades conceptuales, sociales y de adaptación práctica nombradas anteriormente (Ph.D. Schalock, 2009).

A pesar de que la definición anterior está más relacionada con una visión de competencia social, no se puede dejar de lado la definición que el DSM-IV expone, la cual se plantea desde una perspectiva de medidas de coeficiente intelectual. Así pues, según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, la discapacidad intelectual, conocida como Trastorno del Desarrollo Intelectual en el DSM-V (Dr. Pérez, 2013) aparece con la existencia de una capacidad intelectual inferior, la cual se ve expresada en un coeficiente de inteligencia de 70 o menos, obtenido a través de un test administrado de forma individual (APA, 1995).

## **1.2. Clasificación de disfunción intelectual**

En relación a la clasificación, en primer lugar es importante dejar claro algunos de los cambios que se produjeron a través de la presentación de la nueva Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), en mayo del año 2001. Anterior a esta, encontramos la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidad y Minusvalía (CIDDM), propuesta por primera vez en los años 70 y publicada en los 80. Dicho esto, estas clasificaciones consistían en lo siguiente:

En cuanto a la CIDDM, según UIPC-IMSERSO (2003) y Crespo, Campo & Verdugo, (2003), esta clasificación tenía como objetivo ligar los conceptos de discapacidad, deficiencia

y minusvalía, así como unificar el lenguaje utilizado por parte de los especialistas y de las disciplinas. Así, una de las cosas importantes a tener en cuenta de esta clasificación es la diferenciación que se hace en relación al concepto de enfermedad (con las dimensiones de causa, patología y sintomatología) y, por otra parte, a las consecuencias de la misma (con las dimensiones de deficiencia, discapacidad y minusvalía) (Crespo, Campo & Verdugo, 2003).

Así pues, en relación a las consecuencias de la enfermedad y a sus tres dimensiones, con la finalidad de entender mejor en qué consistían las mismas, encontramos lo siguiente (UIPC-IMSERSO, 2003):

1. Deficiencia: se refiere a la pérdida o a la falta de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica, es decir, es la limitación o la pérdida de la ejecución normal de una función. De esta manera, encontramos cuatro tipos de deficiencias, siendo estas las alteraciones psíquicas (deficiencia de los procesos cognitivos, de la percepción, etc.), las alteraciones sensoriales (trastornos en la audición, en el habla, etc.), las alteraciones motoras (refiriéndose a la cabeza y tronco o a las extremidades) y las enfermedades crónicas (cardiovasculares, digestivas, etc.).
2. Discapacidad: se consideraba la ausencia de la capacidad de realizar alguna actividad de forma o dentro de los parámetros de lo que se considera como normal para una persona. Por lo tanto, se refiere a la limitación o la pérdida de la ejecución normal de una actividad. Asimismo, dentro de discapacidad también encontramos una clasificación, siendo esta: 1) cura personal, 2) movilidad y destrezas, 3) comunicación y 4) autodirección y habilidades sociales, de salud y de seguridad.
3. Minusvalía: es la situación que presenta un individuo determinado con una serie de desventajas, las cuales le limitan o le impiden la realización de un papel o rol determinado según lo que se considera normal según la edad, el sexo y los factores sociales o culturales del propio entorno. Por lo tanto, en este caso se refiere a la limitación o pérdida en la ejecución normal de un rol social. Así pues, en este caso encontramos, también, una clasificación de minusvalía, siendo en este caso los roles familiares, los roles ocupacionales, los roles de ocio y tiempo libre, los roles afectivo-sexuales y los roles de comunidad.

Después de dicha clasificación (CIDDM), apareció la actual, siendo esta la CIF. Así pues, esta última surge con la intención de estandarizar el lenguaje que se utiliza en relación a este tema, así como hacerlo fiable y aplicable de forma transcultural, además de plantear la

concepción bio-psico-social de la discapacidad. Por otro lado, también aparece para permitir describir el funcionamiento humano y la discapacidad como elementos importantes y esenciales de la salud, es decir, para reflejar la situación real de estos dos conceptos (funcionamiento humano y discapacidad), los cuales son tratados y vistos como consecuencia de la interacción entre la condición e la salud del individuo y entre su entorno físico y social. Asimismo, con dicha clasificación cabe destacar que se utilizando un lenguaje positivo, lo cual no ocurría en la CIDDM. Además, cabe destacar que, uno de los grandes cambios, es que ya no se considera una clasificación de las consecuencias de la enfermedad, si no pasa a ser una clasificación de los componentes de salud (IMSERSO, 2001) (UIPC-IMSERSO, 2003).

Como punto de partida para explicar esta última clasificación, cabe destacar que, dentro de la misma, existen dos grandes subdivisiones, las cuales son, por un lado, el funcionamiento y la discapacidad y, por otro lado, los factores contextuales. A forma de resumen, se afirma que, por una parte, el funcionamiento (el cual he comentado anteriormente) es un concepto genérico el cual se refiere a funciones corporales, estructuras corporales, actividades y participación, además de considerar, también, los aspectos positivos de la interacción de una persona y los factores contextuales. Por lo tanto, es evidente que el funcionamiento no es el mismo para todos los individuos, ya que puede haber dos personas con la misma condición de salud que tienen funcionamientos diferentes y viceversa (dos personas con el mismo funcionamiento no tienen por qué tener la misma condición de salud) (IMSERSO, 2001) (UIPC-IMSERSO, 2003).

También, en relación a la discapacidad, esta se considera un término genérico, incluyendo al mismo deficiencias en las funciones y en las estructuras corporales, además de limitaciones en la actividad que pueden experimentar, así como restricciones en la participación. En este caso, al contrario que en el funcionamiento, se indican factores negativos de interacción entre una persona y entre los factores contextuales (IMSERSO, 2001) (UIPC-IMSERSO, 2003).

En cuanto a este último (factores contextuales), hace referencia a los factores que establecen el trasfondo total de la vida de un individuo y de su estilo de vida. Así pues, en este caso se incluyen los factores ambientales y personales, los cuales pueden tener un efecto en la persona que tiene una determinada condición de salud (IMSERSO, 2001) (UIPC-IMSERSO, 2003).

Además, es importante remarcar que, en esta última clasificación, se hace especial hincapié en el término de discapacidad, el cual, tal y como he explicado, es asumido como un

concepto genérico, el cual engloba las dimensiones siguientes: 1) deficiencias de función y deficiencias de estructura (considerado en la clasificación anterior como deficiencias), 2) limitaciones en las actividades (considerado anteriormente como discapacidades) y 3) limitaciones en la participación (anteriormente, minusvalía) (IMSERSO, 2001) (UIPC-IMSERSO, 2003).

En cuanto a dichas dimensiones, es importante remarcar qué son y qué se entiende por cada una de ellas. De esta manera, al hablar de deficiencia se hace referencia a los problemas o pérdida en las funciones o estructuras corporales, las cuales tienen la finalidad de recoger información sobre el estado funcional de una persona, siendo esto relativo a sus funciones fisiológicas de los sistemas corporales y a sus funciones psicológicas. Así, los diferentes tipos de deficiencia se clasifican en: a) funciones mentales, b) funciones sensoriales y dolor, c) funciones de la voz y del habla, d) funciones del sistema cardiovascular, inmunológico, respiratorio y hematológico, e) funciones del sistema digestivo, metabólico y endocrino, f) funciones genitourinarias y reproductivas, g) funciones neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento de la persona y h) funciones de la piel y estructuras relacionadas con la misma. Por otro lado, también encontramos las estructuras corporales que, a diferencia de las funciones corporales, recogen información sobre el estado funcional de la persona en relación a las partes anatómicas de su cuerpo, estando estas clasificadas en: a) estructuras del sistema nervioso, b) la vista, la oída y estructuras relacionadas a estas, c) estructuras del sistema cardiovascular, inmunológico y respiratorio, d) estructuras relacionadas con el sistema digestivo, metabólico y endocrino, e) estructuras relacionadas con el sistema genitourinario y el sistema reproductor, f) estructuras relacionadas con el movimiento y g) la piel y estructuras relacionadas con la misma (IMSERSO, 2001) (UIPC-IMSERSO, 2003).

En segundo lugar, en relación a la dimensión de la actividad, esta última se refiere a la realización de una tarea o acción, por parte de un individuo, representando las mismas una perspectiva de la persona respecto al funcionamiento humano. Por lo tanto, esta dimensión engloba todo lo relacionado con el área de la salud y, también, con áreas más complejas que tienen que ver con las interacciones personales y con la ocupación (IMSERSO, 2001) (UIPC-IMSERSO, 2003).

La tercera dimensión, la cual es la participación, consiste en el acto de involucrarse en una situación vital, por lo que representa la perspectiva de la sociedad respecto al funcionamiento humano (IMSERSO, 2001) (UIPC-IMSERSO, 2003).

Por otro lado, en el DSM-IV encontramos la clasificación de los principales trastornos psicológicos, la cual utiliza códigos de la CIE-10, siendo estas siglas el acrónimo de la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (décima versión). Así pues, la CIE-10, promovida y trabajada por la OMS, determina los códigos utilizados para clasificar las enfermedades, así como expone una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, etc. (Butler, et. al, 2013).

De esta manera, a continuación expondré, de forma esquemática y sin definir cada trastorno psicológico, la clasificación, de los mismos, que aparece en el DSM-IV (APA, 1995), la cual es muy amplia, extensa y se puede relacionar con la CIF anteriormente explicada, ya que todos estos trastornos, de una manera u otra, pueden estar ligados con limitaciones en las actividades y restricciones en la participación de las personas que sufren dificultades a nivel psicológico. De esta manera, por cada uno de los trastornos se consideran unas subcategorías de los mismos y, también, se exponen diferentes ejemplos de problemas de salud mental. Además, cabe señalar que, aunque en esta versión el término de retraso mental es el que aparece, yo utilizaré el que se considera en la última versión del DSM-V el cual, como ya he comentado anteriormente, es el concepto de Trastorno del Desarrollo Intelectual.

#### Clasificación DSM-IV (APA, 1995):

- a) Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia.
- Trastorno del Desarrollo Intelectual: leve, moderado, grave, profundo y de gravedad no especificada.
  - Trastornos del aprendizaje: trastorno de la lectura, del cálculo, de la expresión escrita, etc.
  - Trastorno de las habilidades motoras: trastorno del desarrollo de la coordinación.
  - Trastorno de la comunicación: trastorno del lenguaje expresivo, tartamudeo, trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo, fonológico, etc.
  - Trastornos generalizados del desarrollo: trastorno autista, trastorno de Rett, trastorno de Asperger, etc.
  - Trastorno por déficit de atención y comportamiento perturbador: trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado, trastorno disocial, trastorno negativista desafiante, etc.
  - Trastorno de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia o la niñez: trastorno de rumiación, trastorno de ingestión alimentaria de la infancia o la niñez, etc.

- Trastornos de tics: trastorno de la Tourette, trastorno de tics motores o vocales crónicos, trastorno de tics transitorios, etc.
  - Trastornos de la eliminación: encopresis o enuresis no debida a una enfermedad médica.
  - Otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia: trastorno de la ansiedad por separación, mutismo selectivo, trastorno de movimientos, trastorno de movimientos estereotipados, etc.
- b) Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos.
- Delirium: debido a alguna enfermedad médica, inducido por sustancias o por abstinencia de las mismas, debido a múltiples etiologías o no especificado.
  - Demencia: de tipo Alzheimer de inicio temprano o tardío, demencia vascular, debida a un traumatismo craneal, debido a la enfermedad de Parkinson, etc.
  - Trastornos amnésicos: debido a alguna enfermedad médica, inducido por sustancias, etc.
  - Otros trastornos cognoscitivos (no especificados).
- c) Trastornos mentales debidos a enfermedad médica, no clasificados en otros apartados:  
trastorno catatónico, cambio de personalidad o trastorno mental no especificado debidos a alguna enfermedad médica.
- d) Trastornos relacionados con sustancias.
- Trastornos relacionados con el alcohol:
    - o Por consumo de alcohol: dependencia o abuso de la sustancia.
    - o Inducidos por el alcohol: intoxicación, delirium (por intoxicación y por abstinencia), trastornos psicóticos, trastorno del estado de ánimo, trastorno del sueño, etc.
  - Trastornos relacionados con alucinógenos:
    - o Por consumo de alucinógenos: dependencia o abuso de la sustancia.
    - o Inducido por alucinógenos: intoxicación, trastorno del estado de ánimo, delirium, trastorno de ansiedad, etc.
  - Trastornos relacionados con la cafeína: intoxicación por cafeína, trastorno de ansiedad o del sueño inducidos por la cafeína, etc.
  - Trastornos relacionados con *cannabis*:
    - o Por consumo de *cannabis*: dependencia o abuso de la sustancia.
    - o Inducidos por *cannabis*: intoxicación, delirium, trastorno psicótico, trastorno de ansiedad, etc.
  - Trastornos relacionados con cocaína:
    - o Por consumo de cocaína: dependencia o abuso de la sustancia.

- Inducidos por cocaína: intoxicación, delirium por intoxicación, trastorno del estado de ánimo, trastorno sexual, trastorno del sueño, etc.
- Trastornos relacionados con fenciclidina o sustancias de acción similar:
  - Por consumo de fenciclidina: dependencia o abuso de la sustancia.
  - Inducidos por fenciclidina: intoxicación, trastorno psicótico, delirium, trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, etc.
- Trastornos relacionados con inhalantes:
  - Por consumo de inhalantes: dependencia o abuso de la sustancia.
  - Inducido por inhalantes: intoxicación, delirium, trastorno del estado de ánimo, trastorno psicótico, etc.
- Trastornos relacionados con nicotina:
  - Por consumo de nicotina: dependencia a la sustancia.
  - Inducido por nicotina: abstinencia de nicotina o trastorno relacionado con nicotina no especificado.
- Trastornos relacionados con opiáceos:
  - Por consumo de opiáceos: dependencia o abuso de la sustancia.
  - Inducidos por opiáceos: intoxicación (con o sin alteraciones perceptivas), abstinencia, delirium, trastorno del estado de ánimo, trastorno del sueño, etc.
- Trastornos relacionados con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos:
  - Por consumo: dependencia o abuso de las sustancias.
  - Inducidos: intoxicación, delirium, demencia persistente, trastorno psicótico, trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno sexual, etc.
- Trastorno relacionado con varias sustancias: dependencia de varias sustancias.
- Trastornos relacionados con otras sustancias o desconocidas: por consumo o inducidos por las sustancias.
- e) Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
  - Esquizofrenia: tipo paranoide, tipo desorganizado, tipo catatónico, tipo indiferenciado o tipo residual.
- f) Trastornos del estado de ánimo.
  - Trastornos depresivos.
  - Trastornos bipolares.
- g) Trastornos de ansiedad: trastorno de angustia sin o con agorafobia, fobia específica, trastorno por estrés agudo, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo, etc.

- h) Trastornos somatomorfos: trastorno de somatización, de conversión, por dolor, hipocondría, etc.
- i) Trastornos facticios: especificados o no.
- j) Trastornos disociativos: amnesia disociativa, fuga disociativa, trastorno de despersonalización, etc.
- k) Trastornos sexuales y de la identidad sexual:
  - Trastornos sexuales:
    - o Trastorno del deseo sexual: hipoactivo o por aversión al sexo.
    - o Trastorno de la excitación sexual: en la mujer o en la erección en el varón.
    - o Trastornos orgásmicos: femenino, masculino y/o de eyaculación precoz.
    - o Trastornos sexuales por dolor: dispareunia o vaginismo.
    - o Trastorno sexual debido a una enfermedad médica: deseo sexual hipoactivo, trastorno en la erección, dispareunia, etc. debido a alguna enfermedad médica.
  - Parafilias: exhibicionismo, fetichismo, frotteurismo, pedofilia, masoquismo, voyeurismo, etc.
  - Trastornos de la identidad sexual: en la niñez, en la adolescencia o en la vida adulta o no especificado.
- l) Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa o trastorno de la conducta alimentaria no especificado.
- m) Trastornos del sueño:
  - Trastornos primarios en el sueño: disomnias (insomnio primario, hipersomnias primarias, etc.) o parasomnias (pesadillas, terrores nocturnos, sonambulismo, etc.).
  - Trastornos del sueño relacionados con otro trastorno mental.
  - Otros trastornos del sueño: debido a alguna enfermedad médica.
- n) Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados: trastorno explosivo intermitente, cleptomanía, piromanía, juego patológico, tricotilomanía, etc.
- o) Trastornos adaptativos: con estado de ánimo depresivo, con ansiedad, mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo, con trastorno de comportamiento, etc.
- p) Trastornos de la personalidad: trastorno paranoide de la personalidad, trastorno esquizoide de la personalidad, trastorno antisocial de la personalidad, trastorno límite de la personalidad, trastorno narcisista de la personalidad, trastorno de la personalidad por evitación, etc.

- q) Otros: factores psicológicos que afectan al estado físico, trastornos motores inducidos por medicamentos, problemas de relación, problemas relacionados con el abuso o la negligencia, etc.

Finalmente, a pesar de que existen multitud de clasificaciones diferentes, creo importante indicar, también, la que aparece en la Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo, asemejándose en gran medida al primer apartado de la clasificación anterior. Así pues, a raíz de dicha similitud, explicaré, brevemente, en qué consiste cada grupo de la clasificación, siendo esta:

- a) Discapacidad intelectual leve: según la clasificación del AAIDD (2010) y del DSM-IV (1995), se considera discapacidad leve cuando la persona presenta un coeficiente intelectual entre el 70 y el 75 si existe déficit significativo en la conducta adaptativa, pero no cuando dicho déficit no exista. De esta manera, el nivel de disfunción intelectual se sitúa entre las líneas de lo que se considera educable dentro de la categoría pedagógica y, además, este grupo incluye a la mayoría de las personas afectadas, teniendo un porcentaje de un 85%, aproximadamente, de los casos.
- b) Discapacidad intelectual moderada: en este caso, se considera discapacidad intelectual moderada cuando la persona presenta un coeficiente intelectual entre 55 y 50 y entre 40 y 35. Además, la conducta adaptativa de estas personas suele verse afectada en todas las áreas del desarrollo. Así pues, dicho grupo se sitúa en la franja de lo que en la categoría pedagógica se considera como educable, además de representar el 10%, aproximadamente, de las personas afectadas (DSM-IV, 1995) (AAIDD, 2010).
- c) Discapacidad intelectual grave: dentro de este grupo encontramos las personas que presentan un coeficiente intelectual entre el 35 y 40 y entre el 20 y 25, suponiendo un 3 o 4% del total de las personas con algún tipo de discapacidad intelectual. Además, cabe destacar que las adquisiciones del lenguaje, en los primeros años, suelen ser escasas y, a lo largo de la escolarización del individuo, pueden aprender a hablar o a emplear algún signo de comunicación alternativo, como puede ser la comunicación bimodal (o Sistemas Aumentativos de la Comunicación). Siguiendo esta línea, la conducta adaptativa está muy afectada en todas las áreas del desarrollo, aunque existe la posibilidad de que la persona desarrolle un aprendizaje relacionado con habilidades elementales de cuidado personal (DSM-IV, 1995) (AAIDD, 2010).
- d) Discapacidad intelectual profunda / pluridiscapacidad: la mayoría de las personas que presentan este nivel de discapacidad suelen presentar una alteración neurológica

identificada, la cual explica dicha discapacidad, la confluencia entre otras y la gran diversidad que se da dentro del mismo grupo. Por estos motivos, uno de los principales ámbitos de atención es el de salud física. Así pues, el coeficiente intelectual de estas personas se sitúa entre el 20 y el 25, suponiendo el 1 o 2% del total de las personas con disfunción intelectual. A nivel general, estas personas suelen presentar un nivel limitado de conciencia y de desarrollo emocional, una nula o escasa intencionalidad comunicativa, ausencia del habla y, además, graves dificultades motrices. Por otro lado, en el caso de que exista algún nivel de autonomía, este es muy escaso y reducido (DSM-IV, 1995) (AAIDD, 2010).

- e) Discapacidad intelectual de gravedad no especificada: el diagnóstico de este nivel se utiliza cuando existe una clara presunción de retraso mental y, sin embargo, la persona en cuestión no puede ser evaluado mediante los tests de inteligencia usuales. Esto puede darse con personas que muestran una escasa colaboración, por ejemplo (DSM-IV, 1995) (AAIDD, 2010).

### **1.3.Calidad de vida y disfunción intelectual**

En primer lugar, es importante aclarar que existen multitud de definiciones en relación a los conceptos calidad de vida. A través de todas las investigaciones realizadas sobre qué es la calidad de vida, se ha llegado a la conclusión de que es un concepto muy amplio y difícil de delimitar, ya que se trata de una idea muy compleja, así como de un término muy subjetivo, puesto que cada individuo puede tener un concepto diferente de lo que para el mismo es la calidad de vida (Giné, 2004).

De esta manera, y en la línea de lo comentado anteriormente, es complicado definir lo que cada persona entiende como calidad de vida, ya que dicha idea está estrechamente relacionada con la propia percepción y la propia visión de lo que es el mundo, el sentido de la vida, los proyectos personales, los valores, etc. para ese individuo. Por este motivo, dependiendo de cada posicionamiento se crearían multitud de percepciones distintas en relación a lo que el concepto de calidad de vida significa para cada persona. A parte de esto, se conoce que, a nivel general, la idea de calidad de vida se suele asociar con sentimientos de bienestar, de participación social, de la existencia de oportunidades para la realización personal y profesional, entre otros aspectos (Giné, 2004).

Aun así, cabe destacar que, tal y como se afirma en el artículo de Giné (2004), existe un amplio consenso acerca de la definición de la calidad de vida, considerándose este, tal y como he comentado anteriormente, de un concepto subjetivo, el cual se basa en el grado de satisfacción que la persona siente y experimenta en relación al nivel de cobertura de sus necesidades en el entorno que le rodea (escuela, trabajo, comunidad, hogar, etc.). De esta manera, aunque se considere un concepto influenciado por la percepción de la persona, también remite a condiciones objetivas, las cuales no deberían diferir en el caso de personas con discapacidad y en el caso del resto de la población. Así pues, según Giné (2004) a rasgos generales, el concepto de calidad de vida tiene las siguientes características:

- Se trata de un concepto multidimensional, siendo estas dimensiones: el bienestar emocional, las relaciones interpersonales, el bienestar material, el desarrollo personal, el bienestar físico, la autodeterminación, la inclusión social y los derechos.
- La calidad de vida, necesariamente, recoge tanto indicadores subjetivos (psicológicos) como indicadores objetivos (sociales y ecológicos).

Dicho esto, en relación a la calidad de vida y a los servicios que se ofrecen a la comunidad siendo específicos, en este caso, a las personas que presentan algún tipo de discapacidad intelectual, este concepto tiene una gran importancia y relevancia en los mismos, ya que: a) tienen un impacto en el desarrollo de programas y en la prestación de servicios; b) están utilizándose como un criterio para evaluar la eficacia de los servicios y c) las investigaciones de calidad de vida de los programas educativos y de los servicios sociales es evidente, sobre todo, en tres ámbitos (las personas que aspiran a disfrutar de calidad de vida, los proveedores que quieren obtener un servicio o un producto adecuado y las personas que se encargan de evaluar dichos servicios pretendiendo obtener resultados de calidad) (Giné, 2004).

#### **1.4.¿Cuáles son las principales necesidades y características de las personas con disfunción intelectual?**

Partiendo de la base de que las personas con algún tipo de disfunción intelectual son, ante todo y sobre todo, personas que tienen los mismos derechos que el resto de la población (derecho a la educación, derecho a la atención para la salud, derecho a la integración en contextos comunitarios, etc.), cabe destacar también que dichas personas no son diferentes al resto, aunque sí requieren de apoyos más intensos y personalizados, los cuales surgen de la

necesidad de obtener un mayor y mejor funcionamiento en la comunidad, lo cual está estrechamente relacionado con la mejora de la calidad de vida (FEAPS, 2001).

Así pues, cabe destacar que, el apoyo, es una necesidad global que tienen las personas con algún tipo de disfunción intelectual. En cuanto a este, existen cuatro tipos de apoyos para las personas con estas dificultades, los cuales fueron propuestos por la Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo. De esta manera, dichos sistemas de apoyo tienen en cuenta el nivel de intensidad de los mismos, los cuales son los siguientes: (FEAPS, 2001):

1. Apoyo intermitente, teniendo como característica principal su naturaleza episódica, es decir, no es un apoyo permanente. Por este motivo, solo se ofrece este apoyo cuando es necesario, lo cual lo hace también imprevisible, de intensidad variable y manifestado durante cortos periodos de tiempo, coincidiendo, normalmente, con transiciones que se producen en el ciclo vital o en situaciones puntuales de emergencia que sufre la persona en cuestión (ejemplo: la pérdida de empleo).
2. Apoyo limitado, el cual se proporciona de forma regular durante un periodo de tiempo pequeño pero definido y concreto. Así pues, es un apoyo que tiene la posibilidad de ser planificado de forma previa y que, además, requiere menos costes y recursos humanos en comparación con otros tipos de apoyo (ejemplo: apoyo requerido en la transición de la escuela a la vida adulta).
3. Apoyo extenso, caracterizado por la ausencia de limitación temporal y por su aplicación regular o continua en algunos ámbitos o entornos concretos de la vida de la persona. Por lo tanto, no es de alta intensidad, necesariamente, pero, en contraposición, sí lo es repercusión diaria, apareciendo, únicamente, en algunos de los entornos del individuo (ejemplo: apoyo en el comportamiento con la finalidad de reemplazar conductas desajustadas por conductas adecuadas).
4. Apoyo generalizado, el cual tiene como premisas principales la constancia en el tiempo, una alta intensidad y su utilización en un número muy elevado de entornos diferentes, por lo que precisa de más recursos humanos, tecnológicos y de servicios (ejemplo: apoyo que requiere una persona en el ámbito de la salud y de la seguridad frente a la incapacidad de detectar peligros como ingerir sustancias incomedibles, etc.).

Después de hablar de los tipos de apoyo, a continuación indicaré cuáles son algunas de las principales necesidades de las personas con discapacidad intelectual y las características de las mismas, divididas según la clasificación de discapacidad intelectual realizada por la Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo, comentada en apartados anteriores. Por lo tanto, dicha asociación expone cuáles son las características y necesidades de estas personas según el nivel de disfunción intelectual que las mismas presentan (AAIDD, 2010):

<b>DISCAPACIDAD INTELECTUAL LEVE</b>	
<b>Características</b>	<b>Necesidades</b>
<b>Corporales y motrices</b>	
- Ligeros déficits sensoriales y/o motores.	- A nivel general, no precisan de atención especial en estos aspectos.
<b>Autonomía, aspectos personales y sociales</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- En general, consiguen alcanzar una completa autonomía para el cuidado personal y actividades de la vida diaria, aunque de una forma más lenta.</li> <li>- Se implica de forma efectiva en tareas que son adecuadas a las posibilidades de la persona.</li> <li>- En muchas ocasiones, la historia personal de estas personas va acompañada de una acumulación de fracasos, además de estar caracterizada de una baja autoestima y de posibles actitudes de ansiedad.</li> <li>- En mayor o menor grado, suele darse en la persona falta de iniciativa y dependencia del adulto a la hora de asumir responsabilidades, realizar tareas, etc.</li> <li>- En situaciones que no están controladas, existe la posibilidad de que la persona sufra inadaptación emocional y respuestas impulsivas o disruptivas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Programas específicos, en los casos que sea necesario, para trabajar el aprendizaje en habilidades concretas.</li> <li>- Propiciar las condiciones adecuadas en ambientes, situaciones y actividades en las que participen estas personas y asumir garantía de éxito.</li> <li>- Es importante evitar la sobreprotección y, por lo tanto, ofrecer solo el grado de ayuda preciso y necesario, además de exigir de una forma adecuada y posibilitar experiencias que favorezcan su autodeterminación.</li> <li>- Entornos sociales adecuados en los que se consiga una participación efectiva por parte de dichas personas.</li> <li>- Mediación y concienciación de adultos e/o iguales para conseguir una correcta dinámica de grupo en los ámbitos donde las personas que presentan algún tipo de disfunción intelectual participan.</li> </ul>
<b>Cognitivas</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tienen dificultades para discriminar los aspectos relevantes de la información.</li> <li>- Presentan, normalmente, dificultades en la simbolización y la abstracción.</li> <li>- Les es complicado extraer principios y generalizar diferentes aprendizajes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Llevar a cabo los ajustes necesarios del currículo ordinario y la adaptación de la misma cuando sea preciso.</li> <li>- Dar instrucciones sencillas, utilizar vocabulario asequible, dar apoyo simbólico y visual, etc.</li> </ul>

- Presentan dificultades en las habilidades metacognitivas, es decir, en situaciones de resolución de problemas y adquisición de aprendizajes,	- Empezar por lo concreto, así como enfatizar en el qué y en el cómo antes que en el porqué. - Asegurar el éxito de las tareas que se lleven a cabo a través de ayudas administradas cuando se precisa y siendo estas eficaces.
<b>Comunicación y lenguaje</b>	
- Desarrollan, de una forma más lenta, el lenguaje oral siguiendo las pautas evolutivas generales. - En el desarrollo de habilidades lingüísticas relacionadas con el discurso y con las conversaciones presentan lentitud. - En ocasiones, pueden sufrir dificultades en los procesos de análisis y síntesis de la adquisición de la lectoescritura y, de forma más frecuente, en la comprensión de textos complejos, entre otros. - Etc.	- Utilizar lenguaje concreto, sencillo, frases cortas, etc. adecuándose al nivel del desarrollo de la persona. - Emplear, en situaciones funcionales, estrategias que favorezcan el desarrollo lingüístico. - Etc.

<b>DISCAPACIDAD INTELECTUAL MODERADA</b>	
<b>Características</b>	<b>Necesidades</b>
<b>Corporales y motrices</b>	
- Ligeros déficits sensoriales y/o motores. - Mayor posibilidad de asociación a síndromes.	- A nivel general, no precisan de atenciones especiales.
<b>Autonomía, aspectos personales y sociales</b>	
- Normalmente, pueden alcanzar un grado variable de autonomía en el cuidado personal (comida, aseo, control de esfínteres, etc.) y en actividades de la vida diaria. - Pueden aparecer problemas emocionales y rasgos negativos de la personalidad. - A través del escaso autocontrol que aparece en ocasiones, provoca que en algunas situaciones consideradas por ellos como adversas se generen conflictos. - Muestran frecuentemente dificultad para interiorizar conversaciones sociales, además de ser este campo social muy restringido.	- Precisan la guía de un adulto y suele ser necesario trabajar la aceptación de las tareas y la implicación de la persona en las mismas. - Necesitan programas específicos y funcionales para las aptitudes a desarrollar en entornos naturales. - Necesidad de control de las condiciones ambientales para facilitar la adaptación. - Utilización de técnicas de modificación de la conducta en las situaciones que sea necesario. - Búsqueda expresa de actividades y entornos en los que puedan interactuar socialmente. - Etc.
<b>Cognitivas</b>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presentan déficits importantes, en ocasiones, en funciones cognitivas básicas como la atención, la memoria, etc.</li> <li>- Tienen, generalmente, dificultades para captar su interés por las tareas y ampliar el repertorio de intereses.</li> <li>- Presentan dificultad para acceder a informaciones complejas.</li> <li>- Les cuesta acceder y entender la simbolización.</li> <li>- Etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recursos intuitivos, secuenciales y sensoriales (con apoyo visual, marcados espacios temporales, etc.).</li> <li>- Necesidad de trabajar el aprendizaje de rutinas y habilidades concretas en sus entornos naturales.</li> <li>- Partir de sus intereses y preferencias para trabajar determinadas cuestiones.</li> <li>- Etc.</li> </ul>
---	--

### Comunicación y lenguaje

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evolución lenta y, a veces, incompleta, en el desarrollo del lenguaje oral, aunque esto ocurre según las pautas evolutivas generales.</li> <li>- Dificultades articulatorias, las cuales se pueden agravar a causa de complicaciones orgánicas (respiración, tonicidad, etc.).</li> <li>- Frecuente afectación en el ritmo del habla y disfluencias.</li> <li>- Adquieren niveles básicos de lectoescritura en muchas ocasiones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atención directa en este ámbito por parte de un profesional, en muchas ocasiones.</li> <li>- Necesidad de utilizar técnicas de lectura funcional, si es preciso.</li> <li>- Precisan de estimulación en el desarrollo del lenguaje oral en todas sus dimensiones y en su vertiente comprensiva y expresiva.</li> <li>- Etc.</li> </ul>
--	---

## DISCAPACIDAD INTELECTUAL GRAVE

Características	Necesidades
<b>Corporales y motrices</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lentitud en el desarrollo motor, lo cual se manifiesta en dificultades para adquirir la autoconciencia progresiva, para conocer el propio cuerpo y controlarlo, para controlar la postura y el equilibrio corporal, etc.</li> <li>- Puede estar relacionado con metabolopatías y con alteraciones pre o perinatales cromosómicas, neurológicas, biológicas, etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Necesidad en la ayuda del desarrollo de distintas habilidades propias de la motricidad general.</li> <li>- Necesidad de una intervención específica de fisioterapia en el caso de trastornos motores asociados.</li> <li>- Etc.</li> </ul>
<b>Autonomía</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lentitud en la adquisición de destrezas motrices y manipulativas necesarias para el desarrollo de hábitos de autonomía.</li> <li>- Escasa conciencia de sensaciones relacionadas con la higiene y el aseo personal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Necesidad de adquisición de habilidades relacionadas con las necesidades básicas de aseo, higiene, etc.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desarrollo sistematizado de la percepción de sensaciones corporales relacionadas con la cuestión anterior.</li> </ul>
<b>Cognitivas</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presentan distintos grados de discapacidad o trastornos en las funciones cognitivas básicas, tales como la atención, la memoria, la imitación, la atención, etc.</li> <li>- Tienen dificultades en la simbolización.</li> <li>- Presentan dificultades para aprender de las experiencias vividas en la vida cotidiana.</li> <li>- Tienen dificultad para generalizar cualquier tipo de aprendizaje.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Necesidad de habilidades básicas de percepción, atención y memoria.</li> <li>- Poner en marcha estrategias de generalización de los aprendizajes.</li> <li>- Necesidad de desarrollar las capacidades de anticipación y predicción de sucesos habituales y rutinarios.</li> <li>- Etc.</li> </ul>
<b>Comunicación y lenguaje</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Muestran un cierto retraso en la adquisición del lenguaje (durante los primeros años es escaso o nulo).</li> <li>- Emisión tardía de las primeras palabras.</li> <li>- Dificultades en la comprensión, en la adquisición y en el uso de los elementos morfosintácticos (género, número, tiempos, etc.).</li> <li>- En algunos casos, es imposible adquirir el lenguaje oral funcional, por lo que se pueden beneficiar de algún sistema alternativo de comunicación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Necesidad del desarrollo de habilidades de comunicación.</li> <li>- Aprendizaje de un sistema aumentativo o alternativo de comunicación cuando se considere necesario.</li> <li>- Desarrollo de habilidades comunicativas alternativas a conductas disruptivas, las cuales interfieren en el aprendizaje personal.</li> <li>- Etc.</li> </ul>
<b>Equilibrio personal</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasividad y dependencia del adulto o de la persona encargada del individuo (en distintos grados).</li> <li>- Limitado control de impulsos.</li> <li>- Dificultad de adaptación a nuevas situaciones.</li> <li>- Escasa autoconfianza y bajo nivel de autoestima.</li> <li>- Etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Necesidad de trabajar y desarrollar la autopercepción como la de una persona diferenciada de las otras.</li> <li>- Necesidad del establecimiento de vínculos positivos con las personas significativas de su entorno más próximo.</li> <li>- Desarrollo de la capacidad de elección para favorecer la iniciativa personal.</li> <li>- Etc.</li> </ul>
<b>Actuación e inserción laboral</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Escasa iniciativa en las interacciones.</li> <li>- Importante dependencia al adulto o al cuidador.</li> <li>- Dificultades de adaptación a personas desconocidas.</li> <li>- Dificultades para el aprendizaje espontáneo de habilidades sociales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Necesidad de la participación activa en diversas situaciones de interacción con otras personas.</li> <li>- Necesidad del desarrollo de habilidades sociales adaptadas a dichas situaciones.</li> <li>- Trabajar el desarrollo progresivo de habilidades de autocompetencia e independencia personal.</li> </ul>

<b>DISCAPACIDAD INTELECTUAL PROFUNDA / PLURIDISCAPACIDAD</b>	
<b>Características</b>	<b>Necesidades</b>
<b>Corporales y motrices</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Precario estado de salud.</li> <li>- Importantes anomalías a nivel anatómico y fisiológico.</li> <li>- Alteraciones de origen neuromotor.</li> <li>- Alteraciones en los sistemas sensoriales.</li> <li>- Malformaciones diversas.</li> <li>- Enfermedades frecuentes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atención médico-farmacológica.</li> <li>- Cuidados en relación a enfermedades frecuentes.</li> </ul>
<b>Motrices</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desarrollo motor desviado fuertemente de la norma.</li> <li>- Graves dificultades motrices: dificultad para situarse en el espacio y tiempo, escasa movilidad voluntaria, alteraciones en el tono muscular, etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tratamiento fisioterapéutico.</li> <li>- Cambios posturales en personas con escasa o nula movilidad voluntaria.</li> <li>- Hidroterapia para facilitar movimientos y sensaciones diferentes.</li> </ul>
<b>De autonomía</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nula o muy baja autonomía.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Necesidad de supervisión permanente en todos los aspectos relacionados con la autonomía.</li> <li>- Cuidados físicos en el aseo, higiene personal, alimentación, ...</li> </ul>
<b>Cognitivas</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bajo nivel de conciencia.</li> <li>- Limitado nivel de percepción sensorial global.</li> <li>- Capacidad de reacción ante estímulos sensoriales muy contrastados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Necesidad de estimulación sensorial (visual, auditiva, olfativa, etc.) y de estimulación basal (somática, vibratoria, etc.).</li> </ul>
<b>Comunicación y lenguaje</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nula o escasa intencionalidad comunicativa.</li> <li>- Ausencia del habla.</li> <li>- No llegan a adquirir la simbolización.</li> <li>- Pueden llegar a comprender órdenes muy sencillas y contextualizadas, las cuales están relacionadas con la vida cotidiana.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ofrecer claves o ayudas para favorecer la comprensión del mensaje y de las situaciones.</li> <li>- Dar respuestas a señales emitidas atribuyéndoles a las mismas intencionalidades comunicativas.</li> </ul>
<b>Equilibrio personal</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Limitado desarrollo emocional.</li> <li>- Escaso control de impulsos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Necesidad de seguridad, confianza y afecto a través de la creación de un clima que facilite el bienestar afectivo y emocional de la persona en cuestión.</li> <li>- Necesidad de establecer vínculos positivos.</li> </ul>
<b>Actuación e inserción laboral</b>	

- Limitada o nula autoconciencia de los demás. - Bajo o nulo interés por las interacciones.	- Necesidad de la creación de situaciones reales de interacción en todas las actividades habituales.
--	--

## 2. BLOQUE B

### 2.1. Antecedentes de las Terapias Asistidas por Animales

En cuanto a la historia de las Terapias Asistidas con Animales, cabe destacar, en primer lugar, que los términos hombre-animal y dichas terapias, vinculados, son relativamente recientes en la literatura científica, aunque los conceptos que abarcan están presentes desde hace ya varios siglos (Martínez & Sisteró, 2012).

Siguiendo con esta línea, históricamente los animales han formado parte de programas terapéuticos. Por ejemplo, los griegos, hace siglos, ya daban paseos a caballo como parte de terapias para aumentar la autoestima de las personas que padecían algún tipo de enfermedad incurable; los egipcios atribuían a los animales la capacidad de curar dolencias varias; etc. Así, Hipócrates, el cual era un médico griego de los años 460-377 a. C., ya consideraba que sus pacientes estaban más relajados durante y después de realizar actividades con caballos. Además, en el siglo XVII, este animal (el caballo), se consideraba como un compañero más, tanto en las terapias de tratamiento y rehabilitación de personas con algún tipo de discapacidad, como en instituciones mentales de Europa, donde, en algunas, incorporaban al gato porque se consideraba que este tranquilizaba a los pacientes que estaban internos en estas (Elípe, 2013).

Así pues, en el 1669, el filósofo John Locke defendía que la relación con los animales tenía una función socializadora. A partir de esta idea, se empezaron a formular las primeras teorías sobre la influencia de los animales de compañía en personas con problemas psíquicos o mentales. Por lo tanto, con dichas teorías se defendía la idea de que los animales creaban y despertaban sentimientos sociales en las personas con estas características y, a raíz de esto, se encontraban más relajadas y tranquilas (Fine, 2010).

En relación a lo anterior, en 1867 en algunos lugares de Alemania, los animales de compañía empezaron a utilizarse como parte de un tratamiento de personas que sufrían epilepsia, es decir, como un complemento de otras terapias. Por otro lado, en EEUU se empezaron a utilizar de forma regular los animales como una ayuda terapéutica en los años 1944 y 1945 en un hospital, el cual utilizaba animales de granja, pequeños anfibios y reptiles para estimular a sus pacientes y ayudarles a recuperarse de las secuelas psicológicas que sufrían ocasionadas por la guerra (Cusack, 2008) (Fine, 2010).

Más tarde, el psiquiatra Boris M. Levinson, en el año 1953, descubrió de forma inesperada el potencial que tenía su perro como coterapeuta al recibir, de forma no programada, una visita en la consulta que tenía en su domicilio. A través de dicha visita, el psiquiatra observó cómo su paciente, un niño con graves problemas de retraimiento, reaccionaba de forma positiva ante la presencia de la mascota del profesional. Al presenciar este hecho, este último decidió incorporar en las sesiones de terapia con su paciente esta interacción con su perro, pudiendo comprobar una gran mejoría en el estado de salud psíquico del menor, ya que el animal le ayudaba a tranquilizarse, comunicarse y expresar sus emociones. Gracias a este hecho, más adelante llevo a cabo una amplia investigación con la que asentó las primeras bases de lo que hoy se conoce como Terapia Asistida con Perros (TAP) (Cusack, 2008).

Siguiendo con el recorrido histórico de las TAA, cabe destacar que, en 1966, Erling Stordahl (un músico invidente), fundó en Noruega el Centro Beitostolen, el cual tenía como objetivo la rehabilitación de personas invidentes y/o de personas con algún tipo de disfunción física a través la estimulación con perros y caballos, con lo que quería conseguir que las mismas hicieran ejercicio. Por otro lado, también en los años 60, a través de las investigaciones llevadas a cabo por Levinson, se empezaron a llevar a cabo numerosos estudios sobre la influencia que tienen los animales de compañía en la salud de las personas, observando numerosos beneficios tanto en aspectos físicos, mentales, así como sociales (Martínez & Sisteró, 2012).

También, Martínez & Sisteró (2012), explican que, en los años 70, Samuel y Elisabeth Corson llevaron a cabo un programa para evaluar la viabilidad de las TAA, el cual consistía en emplear perros en un hospital psiquiátrico con 50 pacientes que no respondían a ningún tipo de tratamiento adicional. A través de este programa, se observó una gran mejoría y un importante aumento en la comunicación y en la autoestima de estas personas, además de una mayor independencia y capacidad para asumir responsabilidad en el cuidado de los animales, por lo que se consideró que los resultados de esta evaluación fueron excelentes. Desde entonces se han llevado a cabo muchos estudios en relación a la interacción entre animales y humanos. Además, según Cusack (2008) y Fine (2010), en el año 1972, William Tuke, en Inglaterra, llevó a cabo el uso de animales co-terapeutas, llevando a cabo estas intervenciones en un entorno natural con animales de granja, estimulando y animando a los pacientes que presentaban algún tipo de discapacidad intelectual a que cuidaran de estos animales. Asimismo, también se pudo observar que los animales podían propiciar valores humanos, además de autocontrol con estos animales y con refuerzo positivo.

Por otro lado, en 1980 Friedman llevó a cabo un estudio en el cual mostraba que los propietarios de animales presentaban un índice de supervivencia mayor, un año después de ser dados de alta de una unidad coronaria, en comparación con los que no tenían animales. Así, aunque el efecto era pequeño, se consideró que la diferencia era estadística y médicamente significativa. Por otro lado, cabe destacar que existen evidencias más recientes, las cuales indican y afirman que el contacto con animales no únicamente ayuda a la recuperación de enfermedades cardiovasculares, sino que también pueden ayudar a la prevención de las mismas. De esta manera, en 1992 Anderson llevó a cabo un estudio en Australia, con el cual mostraba que los propietarios de animales tenían niveles más bajos de tensión arterial sistólica, colesterol en plasma y triglicéridos en comparación a los no propietarios. Además, en 1997, se llevó a cabo un estudio en el cual se reveló que los hombres que no tienen animales presentan un porcentaje de angina de pecho superior a los propietarios de animales (Fine, 2010).

Finalmente, es importante resaltar que, en la actualidad, se siguen llevando a cabo numerosas investigaciones en relación a las Terapias Asistidas con Animales con el objetivo de intentar normalizar el uso de animales como complemento de otras terapias (Martínez & Sisteró, 2012).

## **2.2. Conceptualización de la Terapia Asistida por Animales**

En primer lugar, cabe destacar que existen diferentes tipos de Terapias Asistidas con Animales, las cuales explicaré más adelante. Sin embargo, es importante clarificar, a nivel general, qué son estas terapias. Así pues, una de las definiciones que se encuentran es la de la literatura anglosajona, la cual afirma que las TAA son intervenciones en las que un animal es incorporado como parte integral en el proceso de tratamiento de una persona, con el objetivo directo de promover la mejoría en las funciones físicas, psicosociales y/o cognitivas de la misma. Además, son dirigidas por un especialista en estas terapias, y están destinadas, sobretodo, a población con algún tipo de discapacidad (autismo, por ejemplo), depresión, problemas de conducta, personas mayores, etc. (Zamarra, 2002).

En la misma línea de la definición anterior, encontramos otros autores que la definen de forma muy similar, siendo el caso de Tucker (2004), Fine (2010), entre muchos otros, utilizando como premisas principales en sus definiciones las ideas de que las terapias asistidas con animales son modalidades de tratamiento terapéutico, las cuales disponen de una intervención directa y presentan unos objetivos prediseñados para situaciones de dependencia funcional,

alteraciones psiquiátricas o trastornos de conductas. Así, el objetivo general es el de fomentar la mejoría en el funcionamiento físico, social y emocional y/o cognitivo de los individuos que participan en dichas terapias. En estas terapias participa un animal, el cual reúne criterios específicos como parte indispensable del tratamiento. Asimismo, se realiza en gran variedad de entornos, tanto de manera individual como en grupo, valiéndose para ello de diferentes animales. Como se ha comentado en la definición anterior, se necesita la presencia de un profesional que se encargue del manejo del animal, así como de un equipo de profesionales sanitarios. Además, es importante tener en cuenta que, para que estas terapias se lleven a cabo de una forma óptima, positiva y, sobre todo, lo más ceñidas posible a las necesidades de las personas que participan en las mismas, todo el proceso ha de ser previamente diseñado y posteriormente evaluado.

Así pues, cabe destacar que las definiciones consultadas en relación a las TAA son muy semejantes entre sí, donde las pequeñas diferencias surgen de la contemplación de algunos elementos que en otras definiciones no se consideran de una forma tan directa, como por ejemplo en el caso anterior en relación a la evaluación de estos programas de intervención (lo cual en la otra definición no se plasmaba). Por lo tanto, existe un consenso importante en las definiciones consultadas, ya que no he observado ninguna definición que difiera de otras.

Finalmente, creo importante añadir, también, otros conceptos relacionados con las TAA, los cuales son las Actividades Asistidas con Animales (AAA) y la Educación Asistida con Animales (EAA). Por un lado, según Zamarra (2002) y Fine (2010), las TAA son intervenciones culturales y recreativas, con las que se trabaja la motivación a través de la interacción con un animal y en las que se obtienen beneficios para incrementar la calidad de vida de las personas. Así pues, se pueden llevar a cabo en diferentes ambientes por un entrenador especializado en AAA, el cual puede ser un profesional o un voluntario que posea y aplique conocimientos sobre la interacción entre animales y humanos. Dentro de estas actividades asistidas, encontramos también las Intervenciones Asistidas con Animales (IAA), donde el animal forma parte íntegramente del programa y, también, los Programas Animal Residente (PAR), donde los animales residen dentro de un centro determinado de forma permanente, participando tanto en los programas de IAA como en las AAA (Martínez & Sisteró, 2012).

Por otro lado, las EAA son intervenciones que buscan estimular los procesos de desarrollo, estimular los procesos del lenguaje, u otros muchos aspectos. De esta manera, se pretende vincular al animal (normalmente el perro, en este caso), a los espacios del aula para

alcanzar objetivos pedagógicos aumentando la motivación a través de la presencia del animal (Zamarra, 2002). Por lo tanto, cuando un programa está dirigido por un profesional de la salud se hablará de TAA y, en cambio, cuando el programa esté dirigido por un profesional de la educación se hablará de EAA (Ristol & Domènec, 2011).

Así pues, queda clara la diferencia principal entre TAA y EAA, ya que las últimas son más cerradas y exclusivas de las aulas, con unos objetivos más concretos. Sin embargo, en relación a las TAA y las AAA, la diferencia principal es que, las primeras, tienen una metodología más ordenada y regulada, consistiendo en la participación de los animales en intervenciones terapéuticas para propiciar y promover la salud y el bienestar humano, registrando las mejoras de los pacientes a través de un estudio de evolución y diagnóstico. En cuanto a las AAA, estas no requieren de un entorno específico ni concreto, consistiendo en encuentros donde el animal se incorpora de una manera espontánea, sin tener la necesidad de registrar los objetivos de dicha intervención o actividad (Fine, 2010).

### **2.3. Tipos de Terapias Asistidas con Animales**

Anteriormente, se ha explicado tanto la historia de estas terapias como la definición de las mismas. Sin embargo, también cabe destacar que existen, por una parte, diferentes tipos de TAA según los entornos en los que las mismas pueden utilizarse y, por otro lado, existen diferentes tipos de terapias, las cuales varían según el animal que se utiliza para las mismas.

#### **2.3.1. Según el entorno de aplicación**

Se conoce que existen multitud de ámbitos en los que puede ser beneficioso aplicar Terapias Asistidas por Animales, los cuales se distinguen según las características y las necesidades de los destinatarios de las mismas. De esta manera, según Fine (2010), existe la siguiente clasificación:

- En centros para personas con trastornos del desarrollo: dentro de este ámbito, encontramos personas que presentan algún tipo de disfunción física o psíquica. Así pues, las TAA, con estos destinatarios, engloban actividades de toma de contacto físico, de la enseñanza y de la responsabilidad del autocuidado y del cuidado del animal, ejercicios de estimulación, entre muchos otros. En estos casos, por un lado se pueden destacar las personas que sufren algún tipo de parálisis cerebral, con las cuales se trabaja, a través de la equinoterapia (la cual explicaré a continuación), la estimulación involuntaria de las partes del cuerpo de la persona, lo cual aporta

beneficios positivos a la salud física de la misma. En segundo lugar, es importante apuntar que, otros de los destinatarios muy comunes de estas terapias son las personas con síndrome de espectro autista, con las cuales se pueden trabajar aspectos relacionados con el aumento del tiempo de la atención, la utilización del lenguaje verbal, efectuar tareas de la vida cotidiana, etc.

- En centros educativos: existen multitud de actividades e intervenciones que se pueden realizar con un animal de estas terapias en los centros educativos, tales como la enseñanza de habilidades cognitivas, ayudar a que los niños desarrollen y mejoren sus capacidades motoras, etc. Además, cabe destacar que se hace un importante trabajo de socialización con estos destinatarios a través de dichas terapias, potenciando, así, conductas prosociales, la resolución de conflictos, la autonomía personal, la responsabilidad. Etc.

Además, para ampliar los ámbitos en los que se puede trabajar con las TAA, según Gunter (2002), existen los siguientes entornos:

- Programas con animales de servicios: se refiere a animales co-terapéuticos, los cuales han sido entrenados previamente para la realización de tareas relacionadas con ofrecer asistencia e independencia a la persona, a través de la ayuda en cuanto a la orientación, el equilibrio, el desempeño de actividades de la vida cotidiana, etc., de personas con algún tipo de discapacidad, ya sea sensorial, física, intelectual o psicológica (Martínez Abellán, 2004).

- Programas residenciales basados en instituciones, tales como:

a) Hospitales, ya que la visita del animal ayuda a los pacientes a salir de su rutina diaria a través de un cambio positivo, puesto que gracias a esto la persona puede olvidarse, por un momento, de los dolores y/o las enfermedades que padece. Además, cabe destacar que, con este tipo de intervención, se le puede ayudar a la persona, también, en su rehabilitación, ya que aportan una motivación extra al paciente. Por otro lado, se ha comprobado en algunos hospitales que, a través de las TAA, se ha experimentado en algunas personas una gran mejoría en cuanto a habilidades verbales, a la capacidad de memorizar de las mismas, a interacciones y relaciones sociales, así como en su movilidad, entre muchos otros aspectos.

b) Centros penitenciarios, donde se llevan a cabo con el principal objetivo de ayudar a la persona en su integración en la sociedad. Se suele trabajar con personas internas de larga duración con la intención de conseguir potenciar la autoestima de estas personas, así como el sentido de la responsabilidad, la iniciativa y la motivación por la realización de una tarea o

actividad determinada, además de que cabe destacar que los problemas de conducta, generalmente, se ven reducidos en gran medida.

c) Residencias de personas mayores, donde, según autores como Gutiérrez & cols. (2007) estas terapias asistidas han sido y son muy utilizadas. Así pues, se conoce que se trata de un grupo en el que la aplicación de las TAA es muy beneficiosas, debido sobre todo a las características que presentan estos destinatarios a través de la etapa del ciclo vital en el que se encuentran, puesto que experimentan, normalmente, aspectos como la reducción de la movilidad, sentimientos de abandono o soledad, padecimiento de enfermedades, etcétera. Por estos motivos, la interacción con los animales de las terapias es muy positiva, ya que ayuda a este colectivo a mantener o entrenar su movilidad física, mejorar su autoestima, prevenir desequilibrios mentales, entre muchos otros aspectos importantes.

### **2.3.2. Tipos según el animal**

Es cierto que existen multitud de animales los cuales pueden ser los protagonistas de las terapias que en el presente trabajo explico (terapias asistidas con gatos, terapias asistidas con pájaros, terapias asistidas con animales de granja, etc.). Aun así, a continuación explicaré los tres tipos de terapias asistidas con animales más conocidos, los cuales son la equinoterapia, la delfinoterapia y la canoterapia:

- Hipoterapia, equinoterapia o equitación terapéutica: según el *National Center for Equine Facilitated Therapy* (NCEFT, 2016), es definida como una estrategia de tratamiento en el que el movimiento del caballo se utiliza como parte fundamental de un programa de intervención coordinada, con el objetivo de alcanzar mejoras funcionales en las áreas de terapia física, ocupacional y del habla y lenguaje. Así pues, el movimiento del caballo proporciona la entrada sensorial, táctil, propioceptiva, etc., lo cual facilita, de esa manera, cambios en la integración sensorial y de las habilidades de atención. Por este motivo, cuando la persona guía al caballo, este debe amoldarse a estos movimientos y al tempo de los mismos, además de ajustar su propia postura con el propósito de mantener la posición vertical y equilibrada. Asimismo, existen multitud de posiciones en las que la persona se puede colocar (hacia adelante, de lado, mirando hacia atrás, etc., con las cuales se puede trabajar en gran medida la posición corporal del individuo.

Por otro lado, tal y como he comentado en el párrafo anterior, la equinoterapia tiene diferentes tipos de subterapias, las cuales son: a) terapia física: incorporación de tareas motoras durante las sesiones para lograr resultados funcionales en las áreas relacionadas con sentarse de

forma independiente, estar de pie y caminar; b) terapia ocupacional: incorporan tareas motoras y estrategias de integración sensorial para mejorar la alimentación, la atención y las habilidades y rutinas de la vida cotidiana y c) terapia del habla y del lenguaje: utilización del movimiento equino para desarrollar los sistemas fisiológicos relacionados con la transmisión de la voz y del lenguaje, promoviendo la comunicación funcional y la corrección de trastornos o problemas de la comunicación (NCEFT, 2016).

Por otro lado, combinándolo con lo anterior, según Oropesa, et. al. (2009), la equinoterapia, también, produce resultados muy positivos y significativos en la rehabilitación de músculos, en la recuperación o en la mejora del equilibrio y en la elevación de la autoestima en víctimas de accidentes graves, en personas con parálisis cerebral, entre otras discapacidades. Además, la seguridad en sí mismo se ve incrementada a medida que el individuo pierde, progresivamente, el miedo a montar a caballo y, a través de esto y de la interacción que tiene dicho individuo con personas que no tienen este miedo, se ve mejorada la integración social de la persona.

De esta manera, los principios terapéuticos de la hipoterapia son:

1. La transmisión de calor corporal, siendo este de aproximadamente 38°C, lo cual se utiliza para distender y relajar la musculatura y los ligamentos, así como estimular la sensopercepción táctil y aumentar el flujo sanguíneo hacia el sistema circulatorio del individuo. Gracias a esto, se ve beneficiada la función fisiológica de los órganos internos y, de ahí, surge su gran valor psicoterapéutico, sobre todo en personas con disfunciones psicoafectivas y faltos de estimulación temprana (Oropesa, et. al., 2009)
2. La transmisión de impulsos rítmicos al cinturón pélvico, la columna vertebral y los miembros inferiores de la persona que monta a caballo, con lo que se estimula la motricidad de esta. Además, esta actividad regula el tono muscular y desarrolla movimientos relacionados con la coordinación. Por otro lado, la sensación de impulso hacia adelante y de avance que transmite el movimiento del caballo consigue restablecer la confianza personal y propicia la experimentación de nuevas reacciones psicológicas relacionadas con el mundo interior y con el entorno (Oropesa, et. al, 2009).
3. La transmisión de un patrón de locomoción tridimensional equivalente al patrón fisiológico de la marcha humana, lo cual tiene una gran importancia en el tratamiento de disfunciones neuromotrices, tales como la parálisis cerebral. De esta manera, el cerebro humano no registra, únicamente, movimientos aislados, sino que también registra una considerable variedad de patrones motores, ya que el esquema fisiológico de la marcha

humana que el paciente realiza durante la monta se graba en el cerebro del mismo y con el tiempo dicho se ve normalizada y automatizada. Así pues, el valor terapéutico de este principio presenta una gran importancia en las áreas psicoafectiva y pedagógica, ya que desarrollan cualidades sociointegrativas como la comunicación no verbal, la tolerancia, la paciencia, el sentido de la responsabilidad, etc. (Oropesa, 2009).

- Delfinoterapia: esta terapia es una técnica, la cual consiste en la interacción de la persona con delfines (conocidos como la especie nariz de botella, normalmente), dirigida por un terapeuta. Así, con dicha técnica lo que se pretende es mejorar la calidad de vida de las personas que reciben la terapia, tanto niño como adultos, los cuales presentan problemas de salud y, en especial, enfermedades crónicas y de orden psicológico. Una de las cosas que se han podido observar, siendo esto también uno de los motivos por los cuales se llevan a cabo dichas terapias con delfines, es porque las ondas cerebrales de los pacientes, en presencia de estos animales, producen una armonización entre los hemisferios derecho e izquierdo del cerebro, produciendo esto un estado de paz y relajación, muy semejante a lo que ocurre en la meditación (Terapia Física, 2016). Además, según Lima y de Sousa (2004) y Oropesa (2009), las emisiones de los sonidos de los delfines consiguen equilibrar la homeostasis de nuestro cuerpo.

En cuanto a las sesiones de Delfinoterapia, comúnmente se realizan a través de baños de contacto utilizando ejercicios, juegos y caricias entre el delfín y la persona. A través de todo esto, se ve incrementado el optimismo de la misma, así como la seguridad y confianza en sí mismo, experimentando también una importante relajación. En cuanto a los niños en concreto, estas actividades realizadas con el delfín producen un aumento de la atención y de su capacidad de comunicación. Además, es importante destacar que estas terapias son indicadas, sobre todo, para personas con Síndrome de Down, con parálisis cerebral, con retraso psicomotor, con autismo, con depresión, con niños que presentan TDAH, con personas con epilepsia, con pacientes con enfermedades crónicas y terminales y, también, con usuarios que presentan accidentes vasculares (Oropesa, 2009) (Elipe, 2013) (Terapia Física, 2016). Por otro lado, según Oropesa (2009), es una terapia beneficiosa para los problemas anteriormente citados ya que la piel de la persona funciona como soporte de los receptores de las terminaciones nerviosa y, gracias a ello, la misma recibe las ondas emitidas por los delfines, las cuales llegan al oído, al cerebro y realizan una estimulación selectiva, ya que dentro de las emisiones acústicas de estos animales hay una gran variedad de sonidos audibles por el ser humano como infrasonidos.

Muy relacionado con lo anterior, cabe destacar que, uno de los aspectos por los que se llevan a cabo dichas terapias, es porque tanto niños como adultos aumentan su nivel de atención a raíz del deseo que estos presentan de interactuar con estos animales. Además, aunque se tiene como propósito general la motivación de las personas que participan, cabe destacar que existe, también, la posibilidad de lograr objetivos relacionados con el lenguaje, la motricidad y el pensamiento conceptual (Lima & de Sousa, 2004) (Oropesa, 2009).

- Canoterapia: consiste en una técnica terapéutica que se utiliza para la rehabilitación de personas con diversidad funcional (discapacidad física, psíquica y/o emocional), entre otros colectivos. Así, se conoce que, el animal, el cual está entrenado y enseñado, promueve la participación de las personas que reciben dicha terapia, a través de actividades sensoriales y perceptivas, sobre todo (Lima & de Sousa, 2004) (Oropesa, 2009).

Además, según explican Lima y de Sousa (2004) y Oropesa (2009), en los años 50 ya se utilizaban perros de asistencia y, más adelante, estos se empezaron a entrenar para alertar a persona con discapacidades auditivas sobre sonidos, tales como llantos o gritos de niños, golpes en la puerta, el sonido del teléfono, alarmas de humo, el sonido del horno, etc. En la actualidad, estas aplicaciones han ido diversificándose más, llegando a existir perros de asistencia capaces de avisar de forma previa a crisis de epilepsia e, incluso, en cambios peligrosos de los niveles de glucosa en sangre de la persona, entre otros.

## **2.4. Beneficios de las Terapias Asistidas con Animales**

Es importante destacar que existen multitud de beneficios de las terapias asistidas con animales, tanto de forma general como específica de cada tipo de terapia según el animal que se utiliza. De esta manera, a continuación daré a conocer, por una parte, cuáles son los beneficios principales de las TAA en general y, posteriormente, haré una distinción en relación al animal protagonista de dichas terapias.

### **2.4.1. Beneficios generales**

En primer lugar, cabe destacar que, estos beneficios generales, se pueden clasificar según si son físicos, psicológicos y/o sociales. Así pues, en primer lugar, según autores como Serpell (1991), Andrew & Edney (1995), Zisselman & Cols. (1996), Graham, 1999), Martínez Abellán (2008), Fine (2010) y Elipe (2013), los beneficios físicos destacables son los siguientes:

- ✓ Alivian el estrés y baja la presión sanguínea.
- ✓ Reducen el riesgo a padecer enfermedades coronarias.
- ✓ Sirven como estímulo para la rehabilitación.
- ✓ Incrementan la actividad física y mejora las habilidades motoras, el equilibrio, la coordinación, etc.
- ✓ Aceleran la recuperación de infartos y cirugías.
- ✓ Mejoran la salud de los participantes a las terapias.

En segundo lugar, en relación a los beneficios psicológicos, los autores Barba, (1995), Lima y de Sousa (2004), Torres Martínez (2006), Fine (2010), Elipe (2013), entre otros, consideran los siguientes:

- ✓ Orientan a la realidad (sobre todo en casos de Alzheimer, por ejemplo).
- ✓ Sirven como punto focal para trastornos por déficit de atención, es decir, ayuda en la concentración, estimulan la memoria, la atención, etc.
- ✓ Mejoran del estado de ánimo.
- ✓ Son terapias antidepresivas.
- ✓ Ayudan en la colaboración entre el usuario y el profesional cuando el animal está presente.
- ✓ Satisfacen la necesidad de contacto físico. Sirven como un incentivo, como motivación, etc. para las diferentes modalidades de tratamiento.
- ✓ Ayudan a “salirse de uno mismo”, es decir, en individuos con disfunciones mentales o baja autoestima suelen centrarse en sí mismos y, con estas terapias, es posible centrarse en el entorno y olvidar problemas.
- ✓ Fomentan la empatía.
- ✓ Crean vínculo.
- ✓ Crean sentimientos de aceptación, ya que los animales aceptan a las personas de forma incondicional.
- ✓ Estimulan mentalmente a la persona.
- ✓ Fomentan el entretenimiento.
- ✓ Aumentan la autoestima.
- ✓ Impulsan el desarrollo de la autonomía, la responsabilidad, la confianza, la seguridad, la sensación de sentirse útil, etc.
- ✓ Disminuyen comportamientos agresivos o manifestaciones hiperactivas.

En tercer lugar, en cuando a los beneficios sociales, autores como Gutiérrez & cols. (2007), Martínez Abellán (2008), Valiente (2009), Fine (2010), Elipe (2013), etc., exponen los siguientes beneficios:

- ✓ Sirven de estímulo social, es decir, los animales fomentan el contacto social, sirven de tema de conversación, facilitan las relaciones interpersonales, etc.
- ✓ Promueven el desarrollo y la implantación de programas para jóvenes con problemas de conducta.
- ✓ Inspiran respeto hacia los seres vivos.
- ✓ Enseñan tolerancia, tanto con los animales, como con otros y consigo mismo.
- ✓ Fomentan la socialización.
- ✓ Enseñan a apreciar los frutos del esfuerzo y observar consecuencias gratificantes.
- ✓ Ayudan a la reinserción sociolaboral.
- ✓ Permiten aprender habilidades de comunicación eficaces para las interacciones.
- ✓ Posibilitan desarrollar la comprensión, el respeto, etc.
- ✓ Sirven como “lubricante social”, es decir, estimulan la interacción social.
- ✓ Fomentan la cohesión social.
- ✓ Trabajan la cooperación con los demás.

#### **2.4.2. Beneficios específicos**

Por otro lado, cabe destacar que también existen una serie de beneficios específicos de las terapias asistidas según el animal que se utiliza. Así pues, en primer lugar, según Elipe (2013), los beneficios propios de la equinoterapia son: estimulación de la sensopercepción táctil, aumento del flujo sanguíneo debido al calor corporal del animal, transmisión de impulsos rítmicos, automatización de la marcha en la corteza cerebral, facilitación de la contracción y relajación simultánea de agonistas y antagonistas, proporción de una estimulación multisensorial y mejora de la autoestima, el control de las emociones y la autoconfianza.

En relación a los beneficios propios de la delfinoterapia, los más característicos son: la reducción del dolor de enfermedades crónicas, la posibilidad de fortalecer el sistema inmunológico y la estimulación auditiva a través del sonido que emite el delfín (ecolocalización), lo cual estimula las ondas alfa y theta, activando y sincronizando el funcionamiento de ambos hemisferios cerebrales, tal y como se ha comentado de forma anterior (Elipe, 2013).

En tercer lugar, destacar los beneficios específicos de la canoterapia, tales como: la mejora de las expresiones faciales en las personas que presentan parálisis cerebral, la posibilidad de efectuar movimientos en personas con daños cerebrales y motores severos, la incrementación de la sensación de seguridad, la mejora del equilibrio y de habilidades motoras finas y gruesas, el aumento de interacciones verbales entre miembros de un grupo, el fomento de la capacidad de concentración, la reducción del sentimiento de soledad, la mejora de la memoria, el aprendizaje de conceptos relacionados con el tamaño o colores (entre otros), el aumento del ejercicio y el apoyo para personas con dificultades en la movilidad, con parálisis y con deficiencia visual, entre otros (Elipe, 2013).

## **2.5.¿Por qué el caballo, el perro o el delfín en las TAA?**

Aunque las terapias asistidas con animales, hoy en día, se pueden llevar a cabo con multitud de animales diferentes, existen una serie de razones por las que se suelen utilizar unos animales y no otros. Tal y como he ido comentado anteriormente, los animales en los que he centrado este trabajo han sido el caballo, el delfín y el perro, por lo que hablaré a continuación de sus características por las cuales son unos buenos aliados a la hora de realizar TAA.

En cuanto al caballo, cabe destacar que, según Arias, Arias & Morentin (2008), este animal debe cumplir con una serie de características para poder ser utilizado en las TAA, puesto que es un animal grande y con el que el usuario se puede hacer daño si no es el caballo adecuado. De esta manera, un determinado caballo es idóneo para llevar a cabo dichas terapias, cuando se trata de un animal manso, obediente, con experiencia, con buena capacidad de movimiento y con energía. También, además de esto, las características principales que debe de tener un caballo para ser elegido deben ser las siguientes:

- Ser un animal noble, con un temperamento dócil y tranquilo, además de ser sensible para reaccionar adecuadamente ante la persona que utiliza la equinoterapia, así como ante sus necesidades específicas.
- El caballo de terapia ha de tener una vida lo más natural posible, contacto social con otros caballos del establo, movimiento libre y realizar otras actividades complementarias con las que se asegure su equilibrio psíquico, el cual es esencial para el trabajo que ejecutan e las TAA.
- El entrenamiento que se realiza con el animal requiere de mucha experiencia, además de paciencia y la creación de un vínculo de confianza entre el entrenador y el caballo. De esta

manera, progresivamente el caballo se acostumbra a las demandas de su labor en las Terapias Asistidas con Animales.

En segundo lugar, en relación a los delfines, cabe destacar que no existe mucha información en relación a las características principales que estos presentan para la realización de dichas TAA. Sin embargo, se ha demostrado que el delfín es un animal con sentimientos definidos hacia la debilidad, por lo que se acercan más a los niños para jugar y, gracias a esto, puede ser muy positiva la delfinoterapia con niños y niñas, ya que a través de este acercamiento y de estos sentimientos, los niños y las niñas pierden rápidamente el miedo a los animales de gran tamaño y a la interacción con los mismos en medios naturales no propios del ser humano (como puede ser, en este caso, el mar) (ONMEGA, 2010).

En tercer lugar, en cuanto a los perros, tal y como afirma Signes Llopis (2009), existen una serie de motivos por las que se considera al perro como un animal idóneo para la realización de Terapias Asistidas con Animales. Así pues, por un lado cabe destacar que, como ser vivo, el perro se convierte en un estímulo multisensorial y, además, como un factor que rompe con la monotonía.

También, es importante tener en cuenta que se trata de un facilitador social, el cual aumenta la motivación de la persona y es, además, un lubricante emocional. Todo esto viene dado ya que el perro no tiene prejuicios, no juzga a las personas y es una figura que inicia el juego. Por otro lado, los pacientes de estas terapias (sobre todo los niños), pueden utilizar al animal como un objeto transicional, con lo que se puede trabajar aspectos como la atención, la concentración, la sensibilidad, el amor sin propiedad, el compartir vivencias y posesiones, así como aspectos relacionados con el área socioemocional (Signes Llopis, 2009).

Asimismo, Signes Llopis (2009) y Valiente (2009), defienden que los perros tienen unas características muy especiales, las cuales hacen reunir muchas condiciones que facilitan el trabajo, así como la aceptación por parte de la persona que recibe la TAA. Entre estas condiciones, encontramos las siguientes:

- Antropomorfismo: hace referencia a la atribución de características y cualidades humanas en los animales. De esta manera, en las TAA y en las AAA es muy positivo que la persona atribuya estas cualidades al animal (en este caso al perro), ya que el usuario llega a creer que el perro puede realizar conductas como leer un libro, que conteste afirmativa o negativamente, que ría o tenga la cara triste, etc.

- Grado de neotenia: es decir, la retención de rasgos juveniles por parte de un animal adulto. Así pues, esto consigue que el animal sea más tratable y fácil de manejar, ya que la neotenia no solo afecta a rasgos comportamentales, sino que también a rasgos morfológicos, fisiológicos y genéticos y, por este motivo, existe una gran variedad de tamaños en relación a las diferentes razas existentes, en cuanto a pelajes, etc., lo cual se utiliza para poder elegir cuál es el perro que se adecúa más para cada situación o sesión.
- Conducta gregaria: el perro tiene una importante dependencia con el hombre, por lo que se forma un fuerte vínculo por parte del animal hacia la persona (y viceversa en algunas ocasiones). De esta manera, el perro realiza conductas afiliativas, tales como posar la cabeza en la rodilla de la persona, lamer la cara de esta, dejarse acariciar, etc. Así pues, esto es muy positivo para poder trabajar con usuarios con diferentes problemáticas, siendo un buen ejemplo de actividad una persona con Parkinson que ha de quitarle el collar al perro, cepillarle y volver a ponerle el collar, trabajando con ello la concentración, la atención, la disminución de la ansiedad y la motricidad en general.
- Adiestramiento: que el perro tenga la capacidad y la facilidad de aprender rápidamente, la cual se incrementa cuando el animal llega a la pubertad, hace que sea un animal más sencillo de adiestrar en comparación con otros.
- Vinculación afectiva con el ser humano: gracias a este aspecto, así como por el amor incondicional que el perro siente por el humano, hace que el perro se convierte en el animal ideal para estas terapias, ya que al mismo no le importa la edad, la habilidad física o la apariencia de la persona, por lo que transmiten y enseñan valores como la fidelidad y la honestidad, entre muchos otros sentimientos positivos.

### **3. BLOQUE C**

#### **3.1. Disfunción intelectual y Terapias Asistidas por Animales**

Como se ha comentado anteriormente, las Terapias Asistidas por Animales son una serie de técnicas y de métodos que se incluyen en la prevención y en el tratamiento de patologías humanas, tanto físicas como psicológicas, introduciéndose al animal dentro de un entorno concreto e inmediato de un individuo o de un grupo como intermediario en la interacción con un propósito terapéutico (Velde, Cripiani & Fisher, 2005) (Vallejo, 2006).

Así, tal y como se ha observado previamente, existen multitud de terapias asistidas con animales diferentes, así como destinatarios de las mismas. De esta manera, en este bloque me

centraré en relacionar, más concretamente, las ya explicadas terapias asistidas con animales con destinatarios que presenten algún tipo de disfunción intelectual.

En primer lugar, Martínez y Sisteró (2012) afirman que existen tres grandes grupos de personas que pueden recibir la intervención y las acciones de las Terapias Asistidas con Animales. Aunque los tres son importantes, a continuación plasmaré dos de estas tres categorías, ya que son las más relacionadas con lo que se trata en el presente trabajo (TAA y disfunción intelectual):

1. Terapias Asistidas con Animales en la población infantil, donde entran patologías como el Síndrome de hiperactividad con déficit de atención, el autismo infantil, el trastorno disocial, la diversidad funcional (dificultades del aprendizaje, disfunciones físicas y/o psíquicas) y como ámbitos ansiodepresivos.
2. Terapias Asistidas con Animales en la población geriátrica, donde entran patologías seniles como la demencia o la depresión senil.

Así pues, tal y como explica Martínez & Sisteró (2012) en una investigación realizada en relación a diferentes patologías psíquicas características de niños y jóvenes, con las que se pueden intervenir a través de TAA (entre otras acciones o terapias), encontramos, en primer lugar, el Síndrome de Hiperactividad con Déficit de Atención. Esta patología psíquica se caracteriza por un patrón permanente de desatención y/o hiperactividad impulsiva, por lo que el contacto con el animal, así como se ha mencionado anteriormente, puede conseguir centrar la atención del individuo, así como mantenerla durante la misma terapia. Además, a través de la incertidumbre y la falta de previsión, por parte del usuario, sobre lo que el animal va a hacer, consigue que cada movimiento de este último sea novedoso para la persona, por lo que dicha atención se incrementa. Además, cabe destacar que la simple presencia del animal ya logra bajar la excitación del usuario y, además, con estas terapias se brinda una gran oportunidad para participar en juegos en cuyas bases no existe la agresividad, sino, por el contrario, el cuidado y el orden, eliminando también atribuciones negativas y de hostilidad que acumulan frente a los amigos y a los familiares que les rodean, llegando a ser dichas atribuciones, progresivamente, positivas.

Asimismo, otro de los problemas con los que se puede trabajar con dichas terapias es el trastorno disocial, el cual se caracteriza por un comportamiento persistente y repetitivo, con el que se violan los derechos básicos y esenciales de los demás, así como importantes normas sociales adecuadas a la edad de la persona. Hay que tener en cuenta que existen cuatro tipos

diferentes de trastorno disocial, siendo estos el agresivo, el no agresivo, el de fraudes o robos y el de violaciones graves de las normas. De esta manera, que el individuo pueda participar en TAA, permite que la persona proyecte, en los propios animales, sus modos particulares de relacionarse con otras personas. A través de esto último, se logra que la persona se acerque y se centre en su mundo interior, con lo que pueden llegar a entenderlo de una mejor y mayor manera, además de poder rehacer vínculos afectivos dañados anteriormente. Por este motivo, es muy importante que, con este tipo de destinatarios, las sesiones se lleven a cabo de manera grupal para trabajar y distinguir, por un lado, la vinculación con los animales y, por el otro, la vinculación con los demás compañeros (Martínez & Sisteró, 2012).

En tercer lugar, encontramos la tipología de disfunciones psíquicas, sensoriales y dificultades del aprendizaje, pretendiendo, con las TAA, potenciar aspectos afectivos de la persona, así como la autoestima de la misma, su psicomotricidad, la expresión, el lenguaje, diversas habilidades sociales y de relación, entre muchos otros aspectos ya comentados anteriormente, trabajando con animales de compañía en sesiones de estimulación (Martínez & Sisteró, 2012).

Además, según Martínez & Sisteró (2012), existe otro ámbito, el cual es el ansioso-depresivo, el cual ocasiona un deterioro del rendimiento en los ámbitos importantes de la persona (por ejemplo, el ámbito escolar para un niño o joven), además del deterioro también de la interacción social, por lo que se muestran irritables, inestables e inhibidos. También, cabe destacar que presentan una baja autoestima, unas pobres habilidades sociales y presentan una actitud pesimista. Por estos motivos, es muy importante que estas personas puedan participar en estas terapias e interactuar con el animal, lo que produce efectos muy positivos en cuanto a interacción con otras personas. Asimismo, la persona no se sienta tan observada, de forma progresiva va logrando una mayor seguridad y confianza en sí mismo gracias a la interacción con estos animales.

Por otro lado, tal y como afirma la Asociación CANIMA de Palma de Mallorca (S.F.), cabe destacar que la persona con discapacidad intelectual que recibe estas terapias experimenta una serie de mejoras relacionadas con su estado físico y psicológico. En cuanto a los objetivos que se trabajan con el usuario, es importante tener en cuenta que estos pueden ser uno o varios y que dependerá de las necesidades y las características de la persona, con la finalidad de que la terapia sea lo más adecuada posible al usuario. Asimismo, dichas terapias también deben ir en consonancia con la formación que la persona terapeuta tenga, por lo que es muy importante

el trabajo multidisciplinar con el que se aborde una intervención desde todas las áreas que conforman el desarrollo de la persona.

En el caso de personas con trastornos de espectro autista, el cual se caracteriza por la incapacidad de la persona que lo padece para establecer relaciones normales con los demás. Debido a estos, las personas autistas muy a menudo se forman relaciones alteradas y peculiares. Así pues, se conoce que no existe ninguna cura para este tipo de trastorno, pero se pueden realizar intervenciones tempranas para mejorar la situación y para ayudar a la persona a que aprenda habilidades sociales como prestar atención, mantener el contacto visual, alimentarse, vestirse solo, etc. (Pavlidis, 2008). Por lo tanto, a través de la interacción con el animal, tal y como he explicado en el bloque anterior, todos estos aspectos pueden trabajarse a través de las TAA, por lo que puede ser una intervención útil con la que trabajar aspectos relacionados con la conducta de la persona (tolerancia a la frustración, aumento de la capacidad de anticipar acontecimientos, reducción de conductas estereotipadas de las personas autistas, etc.), con el área psicológica y cognitiva de la persona (prestar atención, aumentar la autoestima y la autoconfianza, etc.), con el área de comunicación y lenguaje (verbal y no verbal), con el área de la adquisición de nuevos aprendizajes, con la socialización (aumento de relaciones afectivas, comprensión y seguimiento de instrucciones, aceptar el contacto y la compañía de otro, etc.), con la autonomía (higiene, vestirse y desvestirse, recoger objetos personales, etc.), entre muchos otros (Asociación CANIMA, S.F.).

En casos de personas con esquizofrenia, las TAA también pueden ser útiles para reducir los aspectos negativos de dicha enfermedad psicológica, los cuales pueden ser un alto grado de heredabilidad, caracterizado por la pérdida del contacto con la realidad, apareciendo síntomas tales como alucinaciones o delirios, entre otros. Sin embargo, existen pocos estudios en relación a estas terapias y a dicho problema psicológico (Cristhian & Martínez, 2012).

En relación las personas con Síndrome de Down, se ha demostrado que estas terapias (sobre todo las delfinoterapias y las equinoerapias), son muy beneficiosa para este colectivo, puesto que es una forma de terapia puramente funcional, la cual no tiene como fin curar enfermedades, si no actuar como una gente rehabilitador y estimulador a las personas que presentan desórdenes en el Sistema Nervioso Central o, como es en este caso, problemas relacionados con la disfunción intelectual (como puede ser el Síndrome de Down). Así pues, teniendo en cuenta que, tal y como he explicado anteriormente, que estas terapias consiguen que la persona que las recibe experimente sensaciones placenteras, que trabaje y desarrolle la

concentración, que aumente su autoestima, etc., muchos profesionales creen muy positivo y necesario incluir este tipo de terapias asistidas por animales con personas con Síndrome de Down como una alternativa y un apoyo a otras intervenciones (Mavel Pérez, 2014).

Por estos motivos, existen profesionales que creen que incorporar las Terapias Asistidas por Animales a la educación especial sería muy adecuado, gracias a todos los beneficios que aportan a las personas con disfunción psíquica (Mavel Pérez, 2014).

Finalmente, siguiendo con la investigación de Martínez & Sisteró (2012), otra de las categorías de personas que pueden recibir TAA son personas con demencia o con depresión senil. Así pues, en relación a la primera problemática (demencia), se conoce que, a través de las TAA y, por lo tanto, de la presencia de un perro terapéutico en las sesiones, se consigue mejorar la socialización de estas personas, así como, en algunos casos, reducir la agitación y aumentar la calidad de vida de las mismas. En segundo y último lugar, encontramos la depresión senil, la cual, a través de la interacción con el animal, se crea un estímulo y una compañía para la persona, así como un desarrollo de la motivación de cuidado, un elemento de activación en el paseo y en el encuentro social con otros dueños con perros. De esta manera, se consigue estimular a la persona que presenta la enfermedad, lo cual es esencial para la misma.

### **3.2. Terapias Asistidas con Animales, personas con discapacidad y calidad de vida**

Para relacionar la utilización de TAA en personas con disfunción intelectual con cómo dichas terapias pueden influir positivamente en la calidad de vida de las personas, expondré y pondré en común las dimensiones de la calidad de vida, anteriormente expuestas, así como los beneficios de estas terapias, con la finalidad de observar en qué nivel pueden influir en la vida de las personas que presentan algún tipo de disfunción intelectual y en la mejora de su estado, tanto físico, como psíquico o emocional.

De estas maneras, las dimensiones de la calidad de vida que se ven trabajadas con las TAA son las siguientes:

- Bienestar emocional: en cuanto a esta dimensión, las TAA ayudan a trabajar aspectos relacionados con la misma, ya que, por una parte, gracias a la interacción con los animales y con las actividades que se realizan con los mismos, el estado de ánimo de la persona se ve mejorado. Además, tal y como se ha comentado anteriormente, son terapias antidepresivas. Por otro lado, es importante destacar que con estas terapias se consigue que

el individuo olvide sus problemas y que gane una mayor autoestima, además de crear vínculo, empatía y sentimientos de aceptación, entre muchos otros aspectos. Así pues. Esta dimensión queda cubierta con las TAA.

- Relaciones interpersonales y desarrollo personal: esta dimensión está totalmente relacionada con lo las TAA, ya que existen una serie de estímulos sociales. De esta manera, gracias a las estas terapias, las personas con algún tipo de disfunción intelectual tienen la oportunidad de relacionarse con las otras personas que también participan en las mismas, además de tener como tema de conversación la terapia misma para poder relacionarse con otros. A parte de esto, cabe destacar que sirven como enseñanza sobre habilidades personales para relacionarse con otras personas, ya que enseñan tolerancia, la cooperación con los demás, el respeto, desarrolla la comprensión, etc. Además, muchos de estos aspectos también pueden verse relacionados con la dimensión de inclusión social, ya que, como ya se ha afirmado, a través de estas terapias la persona tiene muchas oportunidades de tratar con otras personas.
- Autodeterminación: tal y como se ha podido observar anteriormente, a través de las TAA se trabajan y desarrollan aspectos relacionados con la autonomía de la persona, la independencia y en la medida de lo posible, la consideración y aprendizaje de diferentes valores, entre muchos otros aspectos.
- Bienestar material: en algunos tipos de terapias, se utiliza al perro guía, el cual convive con la persona con algún tipo de discapacidad y, además, existe la posibilidad de que, en determinadas enfermedades psicológicas, la familia o el propio individuo decidan tener un animal de compañía, ya que aporta multitud de beneficios tales como compañía, trabajo físico, sentimientos de cariño, etc. De esta manera, aunque no considero que se pueda tratar al animal como “material”, en cierta manera esta dimensión puede estar relacionada con estos aspectos no solo por la compañía del animal, si no por todas las ayudas que éste puede ofrecerle a la persona tanto en la vivienda de la misma (avisar de ruidos, abrir y cerrar puertas, acompañar a personas invidentes, etc.).
- Bienestar físico: en este caso, es evidente que las Terapias Asistidas con Animales contemplan esta dimensión ya que, gracias a las mismas, la persona puede experimentar un alivio del estrés. Además, con estas actividades se fomenta la actividad física de la persona y se practican habilidades motoras, de equilibrio, de coordinación, así como hacer ejercicios, a través de la interacción con los animales de la terapia, de rehabilitación. Asimismo, como se ha expuesto anteriormente, con estas terapias se consigue que la

recuperación de infartos y cirugías sean más rápidas, además de verse mejorada la salud, en general.

- **Inclusión social:** en cuanto a esta dimensión, creo que la misma se ve trabajada con aspectos relacionados con las relaciones interpersonales anteriormente citadas, así como con el trabajo de las habilidades que se enseñan y se desarrollan a través de la interacción con el animal y del trabajo en grupo con los demás. Además, todos estos aspectos pueden llevarse a cabo en otros muchos aspectos de la vida cotidiana.

De esta manera, tal y como se ha podido observar, de las ocho dimensiones que se conocen como las principales para la calidad de vida, siete de ellas se ven consideradas, interiorizadas y trabajadas a través de las TAA. Por este motivo, creo que importante destacar que, aunque la terapia realizada sin tener en cuenta otras más concretas y específicas no conseguiría la total calidad de vida de la persona, esta sí puede ayudar, en gran medida, y a través de la coordinación con otras terapias y otras actividades, a que la persona logre desarrollarse en muchos niveles (físicos, psíquicos, emocionales, sociales, etc.) y, por lo tanto, tener una buena calidad de vida dentro de sus posibilidades.

Además, es evidente que muchas de las necesidades que estas personas presentan, también son trabajadas y se intentan suplir a través de la equinoterapia, la delfinoterapia o la canoterapia (entre muchas otras), puesto que se trabaja, con las mismas, ámbitos relacionados con la motricidad, con aspectos cognitivos, con la autonomía, con el lenguaje y la comunicación, entre muchos otros, siendo estas, también, las principales necesidades que las personas con disfunción intelectual necesitan trabajar y desarrollar.

#### **4. Conclusiones**

En un primer momento, cabe destacar que, aún estado en el siglo XXI, es muy complicado poder encontrar información en artículos, libros, etc. en los que se haya sustituido el término de retraso mental por algún otro término más inclusivo y menos despectivo. Aun así, se ha observado que, en algunos casos, este cambio se ha empezado a llevar a cabo, aunque todavía hay que trabajar mucho para conseguir que se hable de las personas que presentan o manifiestan algún tipo de disfunción intelectual de una manera respetuosa, puesto que trata de modificaciones muy pequeñas.

Asimismo, en cuanto a las Terapias Asistidas con Animales, creo importante destacar que existen multitud de investigaciones en relación al tema, pero que, aun así, considero que se necesitan muchas más para demostrar cómo pueden influir estas terapias, de manera positiva si se llevan a cabo de la manera adecuada, en la calidad de vida y en la salud, en general, de las personas que participan en ellas.

Por otro lado, a pesar de que existen diferentes terapias realizadas por animales distintos, se ha podido comprobar, a través de toda la bibliografía consultada, que los tres animales principales y más característicos de dichas terapias son el caballo, el delfín y el perro, empezando a surgir, en la actualidad, una mayor contemplación y consideración de la utilidad y de los beneficios de las Terapias Asistidas por Animales de granja. Además, existen muchos estudios e investigaciones que afirman que, las TAA, tienen una gran variedad de beneficios, los cuales son tanto físicos, como psicológicos y sociales. Sin embargo, a pesar de todo esto y de la influencia positiva que pueden tener en la calidad de vida de las personas, se trata de un recurso que todavía se encuentra poco valorado, al cual se le debería dar más salida, puesto que puede ser una intervención con muchos beneficios positivos para la persona con una determinada dificultad.

Asimismo, es necesario hacer especial hincapié en que estas terapias no se plantean desde la idea de ser una única intervención, si no que se contemplan como un apoyo y como un complemento a otras intervenciones más amplias y específicas. Es decir, una persona con un determinado problema (como puede ser una discapacidad intelectual determinada) no puede solo depender de las TAA, sino que, para recibir la atención y las intervenciones adecuadas y necesarias para su situación, esta debería de recibir apoyo y seguimiento por parte de otros recursos más especializados y, a través de las TAA, poder potenciar tanto las habilidades personales y sociales que se pueden trabajar con dichas terapias, así como servir como un incentivo y una ayuda importante para la rehabilitación de una persona, por lo que puede ser una buena herramienta, y no una terapia individual y desvinculada de otras más generales.

Otro de los aspectos que hay que tener en cuenta es que, para que las terapias que se basan en la interacción con diferentes animales sean productivas, beneficiosas y de buena calidad, es muy importante el cuidado y la atención que el terapeuta o la persona encargada le dedique a los mismos animales, ya que es una de las bases de estas intervenciones es el bienestar de estos. A través del correcto cuidado del mismo, es muy probable que la terapia tenga un mejor resultado, puesto que el animal no tiene ninguna necesidad que le ocasione dificultades

o despistes a la hora de llevar a cabo las sesiones. Además, relacionado, en cierta manera, con lo último comentado, es esencial que el terapeuta tenga la formación y los conocimientos necesarios para llevar a cabo estas terapias.

Finalmente, considero muy positivo el hecho de que, poco a poco, estas terapias vayan adquiriendo un mayor protagonismo y se generalicen por muchos otros lugares. El hecho de que una persona con una determinada discapacidad o con unas necesidades especiales pueda experimentar la sensación de interactuar con un animal determinado con las características comentadas en párrafos anteriores, debe de ser algo muy positivo (como se ha podido comprobar según sus beneficios), puesto que se está interactuando con un ser vivo, el cual no solo permite trabajar aspectos relacionados con la salud física si no que, además, consigue transmitir otros sentimientos y sensaciones, los cuales enriquecen en gran medida a la persona y la ayuda a poder relacionarse con otros, aumentar la confianza y la autoestima y realizar tareas de forma más autónoma en la vida cotidiana, lo cual es una de las cosas esenciales para la calidad de vida de una persona. Por este motivo, las TAA son unas intervenciones diferentes que, además, influye muy positivamente y ayuda en gran medida a los usuarios que las experimentan.

## Referencias

- AAIDD, American Association on Intellectual and Developmental Disabilities. (2010). *Intellectual Disability: Definition, Classification, and Systems of Supports. 11<sup>th</sup> Edition*. ISBN: 978-1-935304-04-3.
- Andreu, T. & Edney, B. (1995). *Companion animals and human health: and overview*. Wsava Lecture, Vol. 88, núm. 2. Recuperado el 18 de mayo del 2016, de <http://www.carodog.eu/wp-content/uploads/2014/10/Companion-Animals-and-Human-Health-An-Overview2.pdf>
- APA, American Psychiatric Association. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV. 4ta Edición*, Barcelona: Masson S.A.
- Arias, B., Arias, V. & Marentin. R. (2008). Terapia asistida por caballo: nueva propuesta de clasificación, programas para personas con discapacidad intelectual y buenas prácticas. *SIGLO CERO. Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*. Vol. 39 (II), núm. 226, págs. 18-30.
- Asociación CANIMA. (S.F.). *Programa TAA con Personas con Discapacidad Física e Intelectual*. Recuperado el 30 de mayo del 2016, de <http://www.canima.org/discapacidad>
- Asociación CANIMA. (S.F.). *Programa TAA con Personas con Trastorno Espectro Autista*. Recuperado el 1 de junio del 2016, de <http://www.canima.org/autistas>
- Barba, B. (1995). *The positive influence of animals: Animal assisted therapy in acute care*. *Clinical Nurse Specialist*, Vol. 9, núm. 4, págs. 91-95.
- Butler, R., et. al. (2013). *Manual de Referencia CIE 10 PCS*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Gobierno de España. Recuperado el 16 de marzo del 2016, de [http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/CIE\\_10\\_PCS\\_M\\_Referencia\\_2013.pdf](http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/CIE_10_PCS_M_Referencia_2013.pdf)
- Crespo, M., Campo, M. & Verdugo, M.A. (2003). Historia de la clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud (CIF): un largo camino recorrido. *SIGLO CERO. Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*. Vol 34 (I), núm. 205, págs. 20-26.
- Cristhian, A. & Martínez, C. (2012). *Terapia asistida con animales. Efectos positivos en la salud humana*. *Journal of Agriculture and Animal Sciences*. Vol. 1, núm. 2.
- Cusack, O. (2008). *Animales de compañía y salud mental*. Fundación Affinity. Fondo Editorial. Barcelona.
- Elipe, I. (2013). *La terapia asistida con animales: una nueva dimensión en la rehabilitación neuropsicológica*. European Society of Psychology. Recuperado el 7 de abril del 2016, de <http://www.aepccc.es/blog/item/la-terapia-asistida-con-animales-una-nueva-dimension-en-la-rehabilitacion-neuropsicologica.html>
- FEAPS, Federación de Organizaciones en Favor de Personas con Retraso Mental de Madrid. (2001). *Las personas con retraso mental y necesidades de apoyo generalizado*. Cuadernos de atención de día. Patrocinado por *Obra Social de Caja Madrid*. Recuperado el 21 de marzo del 2016, de [http://www.feapsmurcia.org/feaps/FeapsDocumentos.NSF/08db27d07184be50c125746400284778/f33f517a99bc5a37c12575fc002fb889/\\$FILE/Apoyo%20generalizado.pdf](http://www.feapsmurcia.org/feaps/FeapsDocumentos.NSF/08db27d07184be50c125746400284778/f33f517a99bc5a37c12575fc002fb889/$FILE/Apoyo%20generalizado.pdf)

Fine, A.H. (2010). *Handbook on Animal-Assisted Therapy: Theoretical Foundations and Guidelines for Practice*. Third Edition, Elsevier Inc. ISBN: 978-0-12-381453-1.

Giné, C. (2004). Servicios y calidad de vida para las personas con discapacidad intelectual. *SIGLO CERO. Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*. Vol. 35 (2), núm. 210, págs. 18-28.

Gutiérrez, G. & cols. (2007). *Interacciones humano-animal: características e implicaciones para el bienestar de los humanos*. Universidad Nacional de Colombia, núm. 16, págs. 163-184. Recuperado el 18 de mayo del 2016, de <file:///C:/Users/Noelia/Downloads/Dialnet-InteraccionesHumanoanimalCaracteristicasEIimplicaci-3245451.pdf>

Gunter, B. (2002). *Animales doméstico: Psicología de sus dueños*. Editorial Paidós. ISBN: 9788449212618.

IMERSO. (2001): *CIF: Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud*. Organización Mundial de la Salud. ISBN: 84-8446-034-7.

Lima, M., de Sousa, L. (2004). *A influencia positiva dos animais de ajuda social*. *Interacções*, núm. 6, págs. 156-174. Recuperado el 18 de junio del 2016, de <http://www.interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/viewFile/106/110>

Luckasson, R., et. al. (2002). *Mental Retardation*. Definition, classification and systems of supports. 10<sup>th</sup> Edición. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.

Martínez Abellán, R. (2004). *Terapia asistida con animales y deficiencia visual: el uso de los perros-guía dentro de las técnicas de orientación y movilidad (III)*. *Revista Políbea*, núm. 69, págs. 11-19.

Martínez Abellán, R. (2008). *La terapia asistida por animales: una nueva perspectiva y línea de investigación en la atención a la diversidad*. *Indivisa, Bol. Estudio Investigación*, núm. 9, págs. 117-144.

Martínez, I., Sisteró, M. (2012). *Terapia Asistida con Animales*. Deontología Veterinaria, Universidad Autònoma de Barcelona.

Mavel Pérez, M.V. (2014). *Terapia Asistida con Animales (YACA)*. Cultura, Ciencia y Tecnología. ASDOPEN-UNMSM. Núm. 6. Recuperado el 11 de junio del 2016, de <http://asdopen.unmsm.edu.pe/files/Revista6-3.pdf>

NCEFT, National Center for Equine Facilitated Therapy. (2016). *Hippotherapy Vs. Adaptive Riding*. Recuperado el 9 de abril del 2016, de <http://nceft.org/our-services/hippotherapy/>

ONMEGA. (2010). Dolphin Therapy & Activity Center. *Qué sucede durante la terapia con el delfín*. Recuperado el 26 de mayo del 2016, de <http://dolphin-therapy.org/es/delfines-beneficios/>

Pavlidis, S. (2008). *Assisted interventions for individuals with autism*. London UK: Jessica Kingsley publishers. Philadelphia, PA 19106, USA. Recuperado el 24 de mayo del 2016, de [https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=WFWJ465QdD8C&oi=fnd&pg=PP1&dq=Pavlidis,+S.+\(2008\).+Assisted+interventions+for+individuals+with+autism.&ots=akBkRp\\_C62&sig=9tG7sO0i25zS17lhQhUtN5fG2s4#v=onepage&q&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=WFWJ465QdD8C&oi=fnd&pg=PP1&dq=Pavlidis,+S.+(2008).+Assisted+interventions+for+individuals+with+autism.&ots=akBkRp_C62&sig=9tG7sO0i25zS17lhQhUtN5fG2s4#v=onepage&q&f=false)

- Pérez, Dr. M.A. (2013). *Trastorno del Desarrollo Intelectual*. Recuperado el 17 de marzo del 2016, de [http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/33196/1/TDI.%20Trastornos%20del%20Desarrollo%20Intelectual%20\(a puntos\).pdf](http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/33196/1/TDI.%20Trastornos%20del%20Desarrollo%20Intelectual%20(a%20puntos).pdf)
- Ristol, F. & Domènec, E. (2011). *Terapia Asistida con animales. I Manual práctico para técnicos y expertos en TAA*. Editorial CTAC, Ediciones, Barcelona.
- Robert, L., Shalock, Ph.D. (1997). Evaluación de programas sociales para conseguir rendimientos organizacionales y resultados personales. Dentro de las *II Jornadas Científicas de Investigación sobre personas con discapacidad*. Salamanca. Instituto de Integración a la Comunidad. Recuperado el 16 de marzo del 2016, de <https://campus.usal.es/~inico/investigacion/jornadas/jornada2/confer/con6.html>
- Schalock, Ph.D. (2009). La nueva definición de discapacidad intelectual, apoyos individuales y resultados personales. *SIGLO CERO. Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*. Vol. 40, núm. 229, págs. 22-39.
- Serpell, PhD. J. (1991). *Beneficial effects of pet ownership on some aspects of human health and behavior*. Journal of the Royal Society of Medicine, Vol. 84, págs. 717-719.
- Signes Llopis, M. (2009). *Terapia/Actividad Asistida por Animales y la 3ª Edad*. ATAAA Safor. Recuperado el 19 de mayo del 2016, de [http://www.voraus.com/adiestramientocanino/modules/wfsection/html/a000606\\_Terapia\\_O\\_Actividad\\_Assistida\\_Por\\_Animales\\_Y\\_La\\_Tercera\\_Edad.pdf](http://www.voraus.com/adiestramientocanino/modules/wfsection/html/a000606_Terapia_O_Actividad_Assistida_Por_Animales_Y_La_Tercera_Edad.pdf)
- Torres Martínez, E. (2006). *Terapia asistida por animals de compañía aplicada en una residencia geriátrica. Un modelo de intervención*. Informaciones psiquiátricas, núm. 184, pág. 259.
- Tucker, M. (2004). *The Pet Partners Team Training Course Manual*. Bellevue, WA: Delta Society.
- UIPC-IMSERSO. (2003). *Programa docente y de difusión. Unidad 3: La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Introducción*. Recuperado el 17 de marzo del 2016, de <http://usuarios.discapnet.es/disweb2000/cif/PDF/unidad3.pdf>
- Valiente, I. (2009). *El perro, herramienta terapéutica en el proceso de rehabilitación de una persona con discapacidad*. Fundación 4 patas. Recuperado el 18 de mayo del 2016, de [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-equino/boletin\\_dogui.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-equino/boletin_dogui.pdf)
- Vallejo, R. (2006). *Introducción a la psicopatología y a la Psiquiatría*. Sexta edición. Barcelona, Editorial Elsevier. Pág. 344.
- Velde, B., Cirpiani, J., Fisher, G. (2010). *Residents and therapist views of animal-assited therapy: implications for occupatinal therapy practice*. Australian Occupational Therapy Jorunal. Recuperado el 1 de junio del 2016, de <http://halsansnatur.se/images/media/velde%20et%20al.pdf>
- Verdugo, M.A. (2003). Análisis de la definición de discapacidad intelectual de la Asociación Americana sobre Retraso Mental de 2002. *SIGLO CERO. Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*. Vol. 34, núm. 205, págs. 5-19.

Wehmeyer, M., et. al. (2008). El constructo de discapacidad intelectual y su relación con el funcionamiento humano. *SIGLO CERO. Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*. Vol. 39 (I), núm. 227, págs. 5-18.

Zamarra, M.P. (2002). Terapias asistidas por animales de compañía. Bienestar para el ser humano. *Revista Temas de hoy*. Marzo 2002, págs. 143-149.

Zisselman, M.H., & cols. (1996). *A pet therapy intervention with geriatric psychiatry inpatients*. The American Journal of Occupational Therapy.