

5. Terapia asistida por perros (TAP) en pacientes con Alzheimer

María de las Mercedes López Trueba

Diplomada en Terapia Ocupacional por la Universidad de Granada.

Fecha recepción: 13.10.2021

Fecha aceptación: 15.11.2021

RESUMEN

Definición y bases de la TAA

Las IAA (*Intervenciones asistidas por animales*) son la base de la TAA (2), entendiéndose como tales las intervenciones en las se utiliza un animal como parte del tratamiento, como recurso terapéutico, con el fin de promover la mejoría en las funciones emocionales, físicas, sociales y cognitivas del usuario, con el perro (u otro animal) como elemento motivador. Han de estar siempre dirigidas por un equipo multidisciplinar de profesionales de la salud. También podrá definirse como un proceso terapéutico innovador en el que el animal es el lazo, el puente, el motivador... de acciones, gestos y emociones que posibilitan procesos de sanación o de mejora significativa en las personas. Estos proyectos inspiran y motivan a las personas para que lleven a cabo tareas propositivas que no habrían realizado de otro modo. Cada vez hay más estudios que avalan dicha terapia como ciencia y su efectividad (3).

Según Tucker (4), la TAA (*Terapia asistida por animales*) es una intervención cuya finalidad está prediseñada para personas con alteraciones psiquiátricas, dependencia funcional o trastornos conductuales, donde un animal (con determinadas características) es la parte principal del tratamiento. Esta terapia puede aplicarse a multitud de patologías y entornos mediante el empleo de diferentes animales, tanto de forma grupal como individual. Precisa de un profesional que, junto a un equipo de especialistas sanitarios, maneje al animal. Debe ser diseñado previamente y evaluado a posteriori.

En España dicha terapia recibe el nombre de *Terapia Asistida por Animales de Compañía* (TAAC).

En dichas intervenciones (5), el elemento fundamental es el perro (u otros animales) ya que es un elemento motivador y estimulante por sí mismo, hecho que contribuyó al desarrollo de la TAA hasta su llegada a Europa. James A. Serpell, Director del Centro para la Interacción de los Animales y la Sociedad en la Universidad de Pensilvania, en la conferencia inaugural del VII Congreso «*Animales de compañía, fuente de*

salud», de Affinity, señaló que había una estrecha relación entre el aumento de animales de compañía en los hogares y los cambios que se están produciendo en las sociedades occidentales. La situación cada vez más común de que haya gente viviendo sola, así como que exista un mayor número de familias monoparentales y que la socialización se reduzca por la falta de tiempo libre del que disponer, ha favorecido, según Serpell, la entrada de animales en casa, contrarrestando con su afectividad y amor incondicional la falta de vínculos emocionales que están experimentando actualmente las personas. Por ello, son cada vez más las investigaciones que se llevan a cabo en este campo; así como las aplicaciones de la TAP (*Terapia asistida por perros*) en instituciones públicas como prisiones, colegios, hospitales y residencias de ancianos.

Palabras clave: Alzheimer, terapia, perros, recursos, sesiones, valoración.

ABSTRACT

Definition and bases of TAA

IAA (*Animal-assisted interventions*) are the basis of TAA (2), understood as interventions in which an animal is incorporated and used as part of the treatment, as a therapeutic resource, with the straight objective of promoting the improvement in physical, social, emotional and cognitive functions of the user, with the dog (or other animal) as a motivating element. They must always be leaded by a multidisciplinary health professionals team. It also can be defined as an innovative therapeutic process in which the animal is the bond, the bridge, the motivator ... of actions, gestures and emotions that conduce healing or significant improvement processes in people. These projects have the ability to inspire and motivate people to undertake constructive activities which they would not have done otherwise. There are more and more studies that support that therapy as a science and its effectiveness (3).

According to Tucker (4), TAA (*Animal Assisted Therapy*) is a direct intervention with pre-designed objectives for situations of functional dependence, psychiatric or behavioral disorders, where an animal that meets specific criteria participates, as an essential part of the treatment. It is carried out in a wide variety of settings, individually or in groups, using different animals. The presence of a professional who master the animal is required, join a team of health professionals. The whole process must be previously designed and subsequently evaluated.

In Spain this therapy is called *Companion Animal Assisted Therapy* (TAAC).

In these interventions (5), the fundamental element is the dog (or other animals) since it is a motivating and stimulating element in itself, a fact that contributed to the development of TAA until its arrival in Europe. James A. Serpell, Director of the Center for the Interaction of Animals and Society at the University of Pennsylvania, at the opening lecture of the VII Congress "*Companion Animals, Source of Health*," by

Affinity, noted that there was a close relationship between the increasing companion animals in households and the changes that are taking place in Western societies. The fact that more and more people are living alone, as well as that there is a greater number of single-parent families and that socialization is reduced due to the lack of spare time available, has favored, according to Serpell, the entrance of animals at home, counteracting with his affection and unconditional love the lack of emotional ties that people are currently experiencing. For this reason, more and more research are being carried out in this field; as well as the applications of TAP (Dog Assisted Therapy) in public institutions such as prisons, schools, hospitals and nursing homes.

Keywords: Alzheimer, therapy, dogs, resources, sessions, assessment.

INTRODUCCIÓN

El Alzheimer

Según explica la OMS (0), la demencia es un síndrome neurodegenerativo en el que se deteriora la función cognitiva de manera más acusada y precoz de lo que supondría un envejecimiento normal. Es decir, se afecta la capacidad para procesar el pensamiento, alterando todos los componentes cognitivos a lo largo de su evolución.

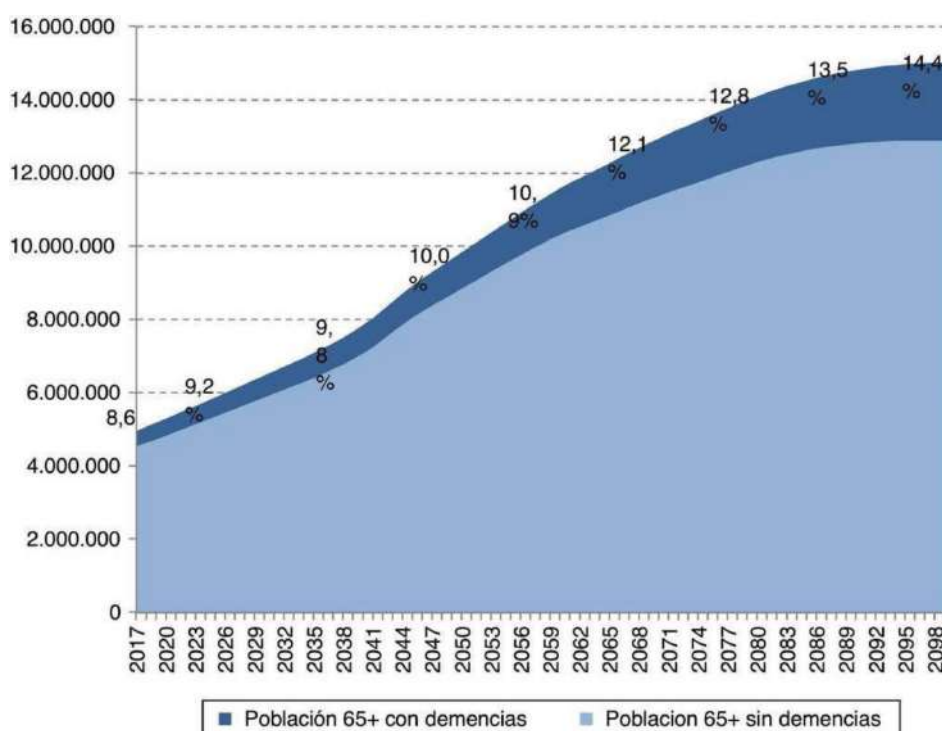
Las causas de la demencia son múltiples, diferenciando entre primarias (origen desconocido) o secundarias (aparecen como consecuencia de un trastorno inicial). Dentro del primer grupo destaca la *Enfermedad de Alzheimer* (EA), ya que aunque se sabe que su origen es multifactorial, basado en la alteración neurológica de la proteína beta- amiloide que conlleva a la lesión de ciertas partes del cerebro; no se co-

noce exactamente la etiología de dicha afectación. Entre dichos factores se encuentran los genéticos (alteración de los cromosomas encargados de la codificación de las proteínas implicadas), cerebrovasculares, tóxicos (dieta, tabaco), infecciosos y proteicos (1).

Las formas de demencia son múltiples y diversas, aunque la más frecuente es La enfermedad de Alzheimer, representando aproximadamente entre el 60% y el 70% de los casos. Normalmente coexisten varias formas diferentes de demencia (mixtas), siendo los límites muy difusos entre ellas.

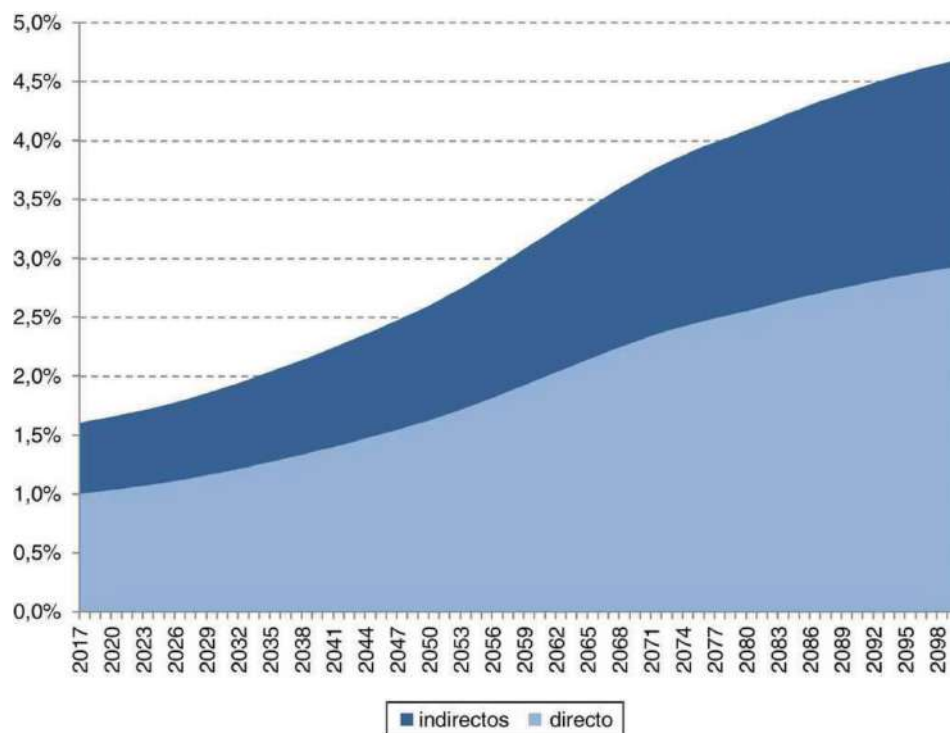
La EA representa una de las principales causas de dependencia y discapacidad entre las personas mayores a nivel mundial, resultando abrumadora para quienes la padecen y para quienes les acompañan. En ocasiones, la desinformación y falta de concienciación sobre la demencia provoca la estigmatización, lo que retrasa o dificulta el diagnóstico precoz y su atención. Representa un gran impacto social, físico, psicológico y económico tanto para de paciente, sus familiares y para la sociedad (costos médicos y sociales directos e indirectos).

Alrededor de 50 millones de personas sufren demencia en todo el mundo. Cada año se registran casi 10 millones de nuevos casos. Se estima que entre un 5% y un 8% de la población a partir de 60 años sufre demencia en un cierto momento. Las previsiones son que el número total de personas con demencia alcance los 82 millones en 2030 y 152 millones en 2050. Es la única causa principal de muerte que va en aumento. Esto se debe fundamentalmente al aumento de la esperanza de vida, sobre todo en los países desarrollados (por ello es también más frecuente en mujeres que en hombres, ya que se estima que ellas viven más años, aunque lo hagan con peor calidad de vida).



Neurol Arg. 2019;11:19-26

Incidencia de las enfermedades de demencia en la población de 65 años. Período 2017-2100. Elaboración sobre la base de ENADEM (2009) y Naciones Unidas. Elsevier. Neurología Argentina. Vol 11 nº1. Págs 19- 26 (Enero-Marzo 2019).



Neurol Arg. 2019;11:19-26

Costos directos e indirectos de las enfermedades de demencia en la población de 65 años. En términos del PBI. Período 2017-2100. Elaboración sobre la base de Centurión et al. (2008) y Naciones Unidas. Elsevier. Neurología Argentina. Vol 11 n°1. Págs 19- 26 (Enero- Marzo 2019).

La OMS (0) reconoce dicha patología como una prioridad de salud pública. En mayo de 2017, la Asamblea Mundial de la Salud respaldó el Plan de acción mundial sobre la respuesta de salud pública a la demencia 2017-2025. Éste supone un marco integral de referencia para las instancias normativas; los asociados (nacionales, internacionales y regionales) y en las siguientes esferas: el arranque de las iniciativas para satisfacer las necesidades de las personas afectas; la evaluación de la demencia como prioridad para la salud pública; el diagnóstico, el tratamiento y la atención; la concienciación y la disminución de riesgos; el apoyo a los cuidadores; y la investigación y la innovación los sistemas de información.

Signos y síntomas

El Alzheimer afecta a cada individuo de diferente forma, según el impacto de la enfermedad y de las características de la personalidad de la persona antes de padecerla, así como de los cuidados recibidos, la edad... Sin embargo los signos y síntomas más frecuentes pueden englobarse en tres grupos (1):

1. Alteraciones cognitivas

- a. **Amnesia:** Es el principal síntoma de la enfermedad. Se caracteriza por una afectación de la capacidad para formar y mantener registros de información para evocarlos posteriormente. La memoria reciente y a corto plazo son las primeras en verse alteradas, siendo la remota o a largo plazo la última en perderse (biografía).
- b. **Alteración del lenguaje:** Al principio aparece la disfasia disnómica precoz (incapacidad de recordar nombres de objetos o personas), por lo que el paciente utiliza pa-

rafasias (muletillas) o sustituye la palabra a recordar por otra relacionada. En el mismo momento se afecta también la comprensión y lectura en voz baja, apareciendo en fases más avanzadas la agrafía (incapacidad para escribir) y la alexia (incapacidad de leer). La afasia es la alteración de la capacidad para hablar o entender un idioma hablado, escrito o por signos debido a una afectación cerebral. Puede aparecer ecolalia (repetición involuntaria de lo que dice otra persona), repetición constante de una palabra o frase y mutismo en las últimas fases.

- c. **Agnosia:** Incapacidad de reconocer objetos y su función, así como el resto de la información procedente de los sentidos, por afectación cortical. Puede ser auditiva, táctil, olfativa, gustativa, visual (como la prosopagnosia o dificultad para reconocer lugares y caras conocidas, incluyendo la del propio paciente), asomatognosia (incapacidad de reconocer e integrar las estructuras corporales) o agnosognosia (negación o inatención a la propia enfermedad).
- d. **Apraxia:** Alteración adquirida de la capacidad de realizar movimientos propositivos, con preservación de las capacidades motoras de base. No pueden realizarse movimientos coordinados. La apraxia puede ser ideomotora (incapacidad para realizar gestos simples automatizados ni por imitación), ideatoria (pérdida de la capacidad para realizar secuencias de movimientos o gestos coordinados) o constructiva (incapacidad para la construcción en el espacio, como dibujar o hacer puzles).
- e. **Desorientación:** Espacial, temporal o personal (despersonalización).

- f. *Alteración de la función ejecutiva*: capacidad conceptual, de planificación y de juicio (adecuación de la conducta).
- g. *Alteración del pensamiento abstracto y el razonamiento*.
- h. *Alteración de la atención (aprosexia) y concentración*.
- i. *Alteración del esquema corporal*.
- j. *Alteración del cálculo (acalculia)*.

2. Alteraciones de conducta

- a. *Delirios*: Falsas creencias sobre una realidad incorrecta.
- b. *Alucinaciones*: Impresiones sensoriales sin estímulo precedente (ver algo que no existe, por ejemplo).
- c. *Cambios de humor*: Lo más frecuente es la labilidad emocional (cambios bruscos y fluctuaciones en los sentimientos y expresiones emocionales. Reacciones catastróficas, con arranques de angustia y agitación desproporcionados. Enfados, a menudo provocados por la falta de comprensión), la depresión (sentimientos de culpa o inutilidad. Llanto), la ansiedad (inquietud), agitación (violencia, agresiones) y alteraciones de la personalidad (indiferencia, apatía e irritabilidad).
- d. *Alteraciones de la función neurovegetativa*: Trastornos del sueño (insomnio o somnolencia) y del ritmo diurno; trastornos de la conducta alimentaria (alteración del apetito y de la forma de alimentarse por afectaciones paralelas); desinhibición y alteraciones de la conducta sexual; síndrome de Klüver-Bucy (se lo lleva todo a la boca, pasa de una cosa a otra, placidez emocional, agnosia y alteración de la conducta sexual).
- e. *Alteración de la actividad psicomotora*: Inquietud, seguimiento continuo de personas, deambulación errante, actos repetitivos...

3. Signos neurológicos

- a. *Signos extrapiramidales*: Rigidez, bradicinesia, inexpressividad, lentitud en la marcha y el braceo...
- b. *Discinesias*: Movimientos involuntarios o incapacidad de controlar los voluntarios (por ejemplo la bucofacial).
- c. *Mioclonías*: Contracciones en forma de sacudidas de un grupo muscular o de una parte de él. Aparecen en fases avanzadas y suele ser durante la vigilia.
- d. *Crisis convulsivas*: En el estadio tardío de la enfermedad.
- e. *Paratonía*: Incapacidad de relajar voluntariamente un músculo al contraerse e impedir el movimiento pasivo.
- f. *Alteraciones de la marcha*: Se suman múltiples factores, como la medicación, los problemas visuales, otras enfermedades que afectan a la movilidad y estado físico, la debilidad muscular... Puede presentar indecisión al caminar, perdiendo la postura erecta y dificultad para mantener el equilibrio.

Etapas o fases del Alzheimer

Se diferencian tres etapas de duración variable, aunque puede estimarse un tiempo relativo en cada una (1):

- *Primera etapa: temprana o inicial (deterioro leve)*. Suele durar unos 2 años. Normalmente pasa inadvertida, debido a su origen gradual y paulatino. Entre los síntomas más frecuentes se encuentra la pérdida de la noción del tiempo y la desubicación espacial (incluso en lugares conocidos) y la tendencia al olvido. El paciente mantiene la autonomía, aunque aparecen problemas en la ejecución de las AIVD (*Actividades instrumentales de la vida diaria*, como hacer la comida o lavar la ropa). El lenguaje comienza a ser menos fluido y más pobre, pudiendo comenzar a presentar cierto grado de disfasia disnómica. Comienza a enlentecer la marcha y a tener algún problema en la capacidad de praxis. Aparece alteración de la personalidad, fundamentalmente debido a la conciencia del individuo de su deterioro (agresividad, depresión, ansiedad...). Pueden comenzar las suspicacias (creer que alguien le ha escondido algo que no encuentra, por ejemplo).
- *Segunda etapa: intermedia (deterioro moderado)*. A medida que la demencia evoluciona, los síntomas y los signos se tornan más limitantes y claros. En este momento los individuos afectados: Empiezan a olvidar acontecimientos y hechos incluso los que acaban de suceder así como los nombres de las personas (desestructuración evidente de la memoria reciente); se encuentran desubicadas en su propio hogar (realizar facilitaciones como carteles, adaptaciones y retirada de obstáculos); presentan mayores problemas de comunicación (repeticiones, muletillas, empobrecimiento evidente del léxico, interrupción del discurso, déficit en la comprensión del lenguaje...); acalculia (ya no pueden hacer la compra por sí solos, por ejemplo, aunque con ayuda pueden aún mantener las AIVD), comienza la necesidad de ayuda en la higiene y aseo personal y presentan cambios conductuales (como dar vueltas por la casa o repetir las mismas preguntas o frases). Hay una clara presencia de desorientación temporoespacial, resultando difícil incluso diferenciar la noche del día. La memoria remota comienza a interferir, recordando reiteradamente hechos de su niñez o preguntando por personas que ya no están. Aparece el síndrome afasoprapraxagnósico característico del Alzheimer, así como los cambios en la personalidad (se siente angustiado e irascible ante el aumento del deterioro que sufre). Al precisar más esfuerzo para comprender y realizar tareas, el paciente se fatiga mucho y presenta alucinaciones o ideas paranoides frecuentes (piensa que conspiran contra él, por ejemplo). También pueden desarrollarse alteraciones psiquiátricas de tipo compulsivo, con tendencia a almacenar, deambular... y desinhibición sexual o agresividad incluso hacia su cuidador. Alteraciones en el ciclo sueño-vigilia (duerme de día y se activa de noche).

Por todo ello comienzan a ser dependientes del cuidador principal para la vida cotidiana, precisando una atención y comunicación tranquila y empática con el fin de evitar el estrés, agitación... y por supuesto la con-

frontación. Se emplea la distracción del paciente para re-direccionar su atención ante conductas o comportamientos disfuncionales o que supongan algún tipo de riesgo.

- *Tercera etapa (deterioro moderado-grave).* Puede durar unos dos años y medio. Presenta dependencia moderada para las ABVD (*Actividades Básicas de la Vida Diaria*), por lo que precisa constantemente la ayuda de sus cuidadores (aunque no para todas las partes de la tarea: Por ejemplo se viste solo pero hay que prepararle la ropa en orden o abrocharle los botones). Aparece la inseguridad y sentimiento de desprotección sobre todo a la hora de la higiene personal, así como la incontinencia urinaria. La memoria ya está muy alterada, siendo frecuente que no recuerde ni el nombre de sus seres queridos. De igual forma, la capacidad de cálculo y comunicación están muy mermadas, precisando órdenes muy cortas y sencillas. Comienza a haber déficits psicomotores por alteración del tono muscular (paratonia: Resistencia involuntaria a cambios en la posición articular), propiciando dificultades en la deambulación lo que supone un aumento del riesgo de caídas. Esto puede verse agravado ante la aparición frecuente de parkinsonismo. Esta fase es la más complicada para los cuidadores, ya que sus alteraciones conductuales aumentan considerablemente (agresividad, insomnio, ansiedad...).
- *Cuarta etapa (0, 1): terminal (deterioro grave).* En este momento predomina la inactividad y la dependencia (casi por completo). Las alteraciones de la memoria son graves (sólo mantienen la memoria afectiva, adquiriendo gran importancia el trato y la comunicación afectuosa, potenciando un estado de ánimo positivo y tranquilo), así como del resto de componentes cognitivos; el lenguaje consta de pocas palabras, con escasa comprensión, y culminando con sí o no; y a nivel físico el deterioro se hace más evidente: aumento de la rigidez paratónica, por lo que va adoptando posición fetal hasta terminar postrado en la cama; aparecen reflejos primitivos como el de succión o Babinski presentes sólo en niños; además pierden casi la



Programa de actividad física de mantenimiento en pacientes con Alzheimer. Elaboración propia. Año 2016.

totalidad de la masa muscular y tejido graso. En la fase final suelen precisar alimentación por sonda y cambios posturales frecuentes (aparecen UPP, neumonías, y problemas cardiovasculares derivados de la actual situación del enfermo que pueden llevarlo finalmente a la muerte).

Tratamiento y atención (0, 1)

Actualmente no hay ningún tratamiento efectivo. Sin embargo existen numerosas investigaciones en estudio con multitud de ensayos clínicos. La mayoría están encaminados a reducir la agresividad de los síntomas y ralentizar el curso de la EA en la medida de lo posible. Además uno de los objetivos primordiales es la detección precoz para obtener un tratamiento temprano y optimizar la calidad de vida (tanto de los pacientes como de los familiares). Es



Laborterapia en pacientes con Alzheimer. Elaboración propia. Año 2016.



Estimulación cognitiva en pacientes con Alzheimer: Taller de realidad virtual. Elaboración propia. Año 2017.

decir, el abordaje terapéutico esencial es de carácter preventivo- paliativo, por lo que las terapias no farmacológicas son de vital importancia a nivel de prevención primaria y secundaria. Cabe destacar que en dicho tratamiento es esencial la información y el trabajo con sus cuidadores para que puedan afrontar la situación de manera funcional y adecuada tanto para ellos como para los pacientes. Entre dichas terapias no farmacológicas se encuentra la musicoterapia, la estimulación cognitiva y sensorial, la psicomotricidad y actividades físicas, laborterapia, la relajación, la fisioterapia, adaptación del entorno, terapias de orientación a la realidad...

Respecto al tratamiento farmacológico hay que destacar la efectividad relativa en el curso de la enfermedad, controlando en la medida de lo posible la sintomatología cognitiva y psiquiátrica. Algunos de estos fármacos utilizados son la tacrina, la rivastagmina, donepecilo y la galantamina.

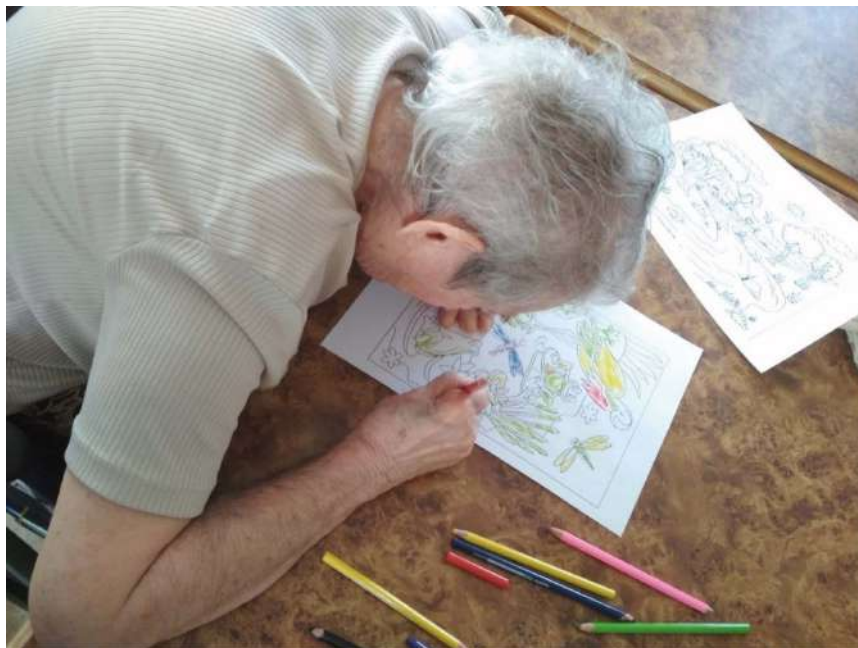
Este trabajo aborda la aplicación de una terapia innovadora, no farmacológica, y complementaria al resto de tratamientos convencionales: *La Terapia Asistida con Animales (TAA)*.



Estimulación cognitiva en pacientes con Alzheimer: Taller de musicoterapia y orientación a la realidad: Corpus. Elaboración propia. Año 2018.



Taller de jardinería en pacientes con Alzheimer. Elaboración propia. Año 2019.



Taller de psico-pintura en pacientes con Alzheimer. Elaboración propia. Año 2019.

Historia y evolución de la TAA/TAAC (6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15)

Desde el principio de historia de la humanidad, los animales han estado siempre presentes en nuestro día a día, conectados de una u otra forma en un mismo ciclo vital. En los inicios, adquirirían un papel simbólico y salvaje pero con el tiempo, se fueron adiestrando para servir de algún modo al hombre: Cazar, cuidar de sus tierras, transportar mercancías... hasta que de forma casual se consideró al animal dentro de un contexto terapéutico.

Aunque los estudios entorno a la TAA se iniciaron hará casi dos siglos, no se comenzó realmente a recopilar documentación científica hasta hace unos 40 años.

- Ya en el 1200 a.C, los griegos tenían, en sus templos de curación, perros que usaban como co-terapeutas. Además, realizaban paseos terapéuticos a caballo para aumentar la autoestima en personas con enfermedades incurables. Hipócrates, médico griego (460 - 377a. C.) consideró "muy relajante" esta actividad para sus pacientes. Además, los egipcios pensaban que los animales tenían la capacidad de curar diferentes enfermedades y dolencias.
- En el año 23 d.C, Plinio *El Viejo* estudiaba y defendía los beneficios de los perros en la salud del pueblo romano.
- En el siglo IX, los habitantes de Gheel (Bélgica) aplicaban la *Therapia Naturelle* donde los usuarios aprendían cómo cuidar animales de compañía, terapia que aún llevan a cabo.
- En el siglo XVI, el Dr. Calcius (médico de la realeza británica) recomendaba el contacto con perros para la gente enferma.
- En el siglo XVII, el caballo se convirtió en un elemento de ayuda para el tratamiento y rehabilitación de discapacitados en Europa. Además, en ciertas instituciones mentales incorporaron al gato al tranquilizar a los usuarios internos.
- En 1669, John Locke ya defendió la función socializadora de la relación con los animales. Desde ese momento se promulgaron las primeras teorías sobre la influencia positiva de los animales en pacientes con enfermedad mental.
- En 1730, Reisinger relató cómo se entrenó a un perro para buscar objetos, localizar entradas, puertas, ayudar a la movilidad...
- En 1792, en Inglaterra, el Dr. William Tuke (médico reconocido como el padre de la Terapia Ocupacional y pionero en el tratamiento de enfermedades mentales) decidió incluir animales de granja en sus tratamientos con el objetivo de mejorar las malas condiciones de los manicomios de aquella época. Observó que la interacción persona- animal provocaba efectos positivos en la vida de dichos pacientes, y que de dependencia de un pequeño animal otorgaba y potenciaba la capacidad de autocontrol en ellos. Consideró que mantenerlos ocupados en actividades y en el cuidado de animales era un gran complemento a la terapia farmacológica.
- En el siglo XIX, la literatura médica, ya contenía referencias sobre los beneficios de montar a caballo (en el tratamiento de pobreza de la autoestima, de la gota y de los trastornos neurológicos).
- En 1859, en "*Notes of Nursing*", Florence Nightingale escribió:

"Un pequeño animal de compañía, es a menudo, una excelente terapia contra la enfermedad, y especialmente para la enfermedades hospitalarias de larga duración. Un pájaro en su jaula, es a menudo, el único placer para una persona que está inválida durante años en la misma habitación. Poder alimentarle y limpiarle él solo, le ayuda a recobrar la autoestima y le anima a hacer otras cosas".
- En 1867, una institución alemana llamada Bethel, comenzó las terapias con perros con pacientes autistas y, posteriormente con otros tipos de enfermos.

- Sigmund Freud, médico y psiquiatra austriaco, (1856-1937) iba a sus consultas acompañado por su perro porque observó que así le resultaba más fácil la comunicación con sus pacientes.
- En 1944, el Hospital de las Fuerzas Aéreas del Ejército de Nueva York empleó perros para ayudar en la recuperación de los soldados que resultaron convalecientes después de la guerra.
- En 1947, el Dr. Samuel B. Ross fundó cerca de Nueva York lo que posteriormente se convertiría en la más prestigiosa institución dedicada a la reeducación infanto-juvenil mediante TAA.
- En 1953, el psiquiatra *Boris M. Levinson* usó por primera vez el término *Pet-Therapy* ya que quedó asombrado después de ver cómo un niño con autismo comenzó a mostrar atención e interés por Jingles (su perro), propiciando la interacción. Observó que el animal poseía gran potencial como perro terapeuta, actuando de intermediario o lazo entre el médico y el niño.
- En 1954 Kerlikowoski, introdujo animales en un pabellón pediátrico (pájaros, conejos y hámsters) comprobando que los niños los querían y que el aprendizaje de su cuidado se mostraban menos deprimidos, con mejor autoestima y menos introversión.
- En 1962, *Levinson* publicó el primer trabajo sobre el tema: *"The dog as a co-therapist"*. En 1969 *"Pet-Oriented Child Psychotherapy"* originó el uso del término, como entidad y concepto de *"animal terapéutico"*, detallando los beneficios de las intervenciones y detalles de su utilización. Posteriormente en 1970 (41) indicó que aunque pareciera chocante, recomendaba la incorporación de animales de compañía en residencias de mayores como parte de una terapia planificada y estructurada. Más tarde, en 1972 publicó *"Pets and Human Development"*.
- En 1966, Erling Stordahl (músico invidente) fundó el centro de Beitostolen (Noruega), utilizando perros y caballos para fomentar la actividad física en invidentes y otros tipos de discapacitados.
- En los años 70, Sam y Elisabeth Corson descubrieron que los animales actuaban como catalizadores sociales al emplearlos en terapias con jóvenes. Esto impulsó, junto a los estudios anteriores, que se diseñara un programa para evaluar la viabilidad de la TAA en un entorno hospitalario, obteniendo excelentes resultados: Los pacientes psiquiátricos que no respondían a tratamientos tradicionales, aumentaron su comunicación y autoestima, independencia y capacidad de asumir la responsabilidad de cuidar al animal. A partir de entonces aparecieron múltiples estudios científicos publicados en revistas como *Journal of Gerontology Nursing; Journal of Psychosomatic medicine; Journal of Children Adolescent Psychiatry, Nursing; Neuropsychology*, etc. determinando y demostrando la efectividad de la TAA.
- En 1974, el Centro Forense Oakwood (Ohio, EEUU) creó el programa pionero y estructurado para la interacción de reclusos con animales, reduciendo la violencia y los intentos de suicidio.
- En 1975 en Reino Unido Elisabeth Svendsen fundó una organización para niños con necesidades especiales, basada en la monta terapéutica de burros.
- En 1977 se fundó Delta Society (EEUU), actualmente Pet Partners, cuyo lema es *juntos podemos cambiar vidas*. También se creó la I.H.A.I.A.O (*International Human-Animal Interaction Organization*), que engloba a asociaciones de diferentes países (entre ellas la *Fundación Affinity*, antes *Purina*; y el *Centre de Teràpies Assistides amb Cans* (CTAC) ambas de España en 1987) celebrando conferencias internacionales donde se muestran los resultados, viabilidad y las últimas experiencias llevadas a cabo por los mejores expertos en TAA. En la que se integraron más adelante. Hoy en día, hay otras asociaciones internacionales a nivel mundial que, del mismo modo que la IAHAIO, integran la importancia de la investigación, del desarrollo de nuevos protocolos y estándares y el trabajo por el reconocimiento legal de este tipo de intervenciones.
- En 1979 Brickel determinó, en un hospital de California, el aumento de la sensibilidad de los pacientes geriátricos ante la presencia de animales (gatos), siendo además el tema principal de todas sus conversaciones.
- En 1981 Kidd y Feldman documentaron los beneficios de las mascotas en centros geriátricos, evidenciando el aporte en la salud psicológica en dichos pacientes. En el mismo año Bustad señaló el beneficio del vínculo de los animales de compañía sobre todo con personas mayores, ya que es más profundo y fuerte quizá que en otros colectivos y edades. Se basó en la capacidad ilimitada de aceptación, adoración, atención, perdón y amor incondicional de los animales. Más tarde, en 1989 señaló que la TAP favorece el tratamiento de la inactividad, la soledad, la depresión, la fatiga y la hipertensión arterial en ancianos institucionalizados.
- En 1982, en la prisión de Purdy (EEUU) comenzó el primer programa de adiestramiento canino (rescataban a perros desahuciados) en dichas instituciones para realizar TAA con discapacitados. Las reclusas, al cuidar de un ser vivo, aumentaron su autoestima, aprendieron un oficio y se sentían reinsertadas al contribuir a esta gran labor social. Llegaron a adiestrar a más de 500 perros. En ese mismo año Salmon introdujo un perro en una unidad de crónicos de Caulfield y observó cómo aumentaba la risa, la sensibilidad, el sentido del humor... llegando a suponer un verdadero incentivo para vivir.
- En 1983 surgió la organización escocesa PAT (*Pets as Therapy*) ofreciendo visitas terapéuticas a escuelas especiales, hospitales y hogares.
- En 1987 Neer, Dorn, y Grayson realizaron un estudio con ancianos institucionalizados demostrando que la asistencia a las TAP era mayor que en el resto de actividades.
- En 1989 Kongable, Buckwalter y Stolley realizaron un estudio que demostró que los ocho comportamientos sociales en los que se basaban (sonrisas, risas, miradas, inclinación, acción de tocar, verbalizaciones, insultos, y

otros) aumentaban considerablemente ante la presencia de un perro en una Unidad de Cuidados Especiales para personas con Alzheimer.

- En 1990 Siegel demostró que las personas mayores que tienen perro acuden menos al médico. En 1994 Humphries corroboró este hecho.
- En 1991 Anderson y col., publicó "*Proprietarios de mascotas y factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares*", mostrando menores cifras de tensión arterial, colesterol y triglicéridos en los pacientes con mascotas. También en 1991, el estudio de James Serpell "*Efectos beneficiosos en los propietarios de mascotas en varios aspectos de la salud y comportamientos humanos*" evidenciaba menos problemas de salud y aumento de autoestima. En el mismo año, Verderber, determinó el beneficio del contacto con los animales en pacientes con Alzheimer, al hacer su entorno más placentero y estimular las conductas verbales y sociales.
- En 1992 Anderson llevó a cabo un estudio en el Baker Medical Research Institute que demostró que las personas con riesgo cardiovascular que tenían perro en casa presentaban niveles más bajos de los factores de riesgo, sin deberse a otros aspectos como la dieta o el tabaco. En este mismo año Gagman determinó que el perro es un catalizador que facilita el contacto interpersonal, proporcionando apoyo emocional y motivando a otras tareas que facilitan la interacción. Desde este mismo año, en España, la Fundación Affinity financió programas como la adopción de perros abandonados o de adopción en residencias de mayores. A partir de ese momento la TAP comenzó un rápido crecimiento en nuestro país.
- En 1993 Rogers, Hart, y Boltz aportaron documentación sobre el beneficio de las mascotas en la salud psicológica de pacientes de la tercera edad.
- En 1994 Sanderson en Oregon demostró que los perros estimulan la sonrisa y la conversación de los residentes geriátricos.
- En 1995 Fritz, Farver, Kass y Hart determinaron la reducción de conductas agresivas ante la interacción con el animal (aspecto importante en patologías como el Alzheimer).
- En 1996 Island observó la reducción del estrés y el aumento de la interacción social tras la visita de una mascota en una institución geriátrica, provocando felicidad y bienestar en los pacientes.
- En 1998, se celebró la 8ª Conferencia Internacional de Interacción entre Hombres y Animales en Praga, señalando que el 32% de los psiquiatras en Estados Unidos, utilizaban animales de compañía como complemento en sus terapias psicológicas ante los excelentes resultados obtenidos.
- En 1999 Churchill, Safaoui, McCabe y Baun (Universidad de Nebraska) realizaron dos estudios ante la necesidad de reducir la agitación y mejorar la calidad de vida de las personas con Alzheimer. En el primero se demostró que la presencia de animales fomentaba la sonrisa, miradas, alabanzas, calor físico... El segundo se realizó en un entorno natural, mostrando la disminución significativa de la agitación y un aumento de la interacción social, miradas, verbalizaciones, atención y otros aspectos relevantes en este tipo de pacientes.
- A finales del siglo XX, comenzaron a crearse cuerpos caninos entrenados como ayudantes psicoterapéuticos para diferentes enfermedades (sobre todo en Norteamérica e Inglaterra). En nuestros días, la terapia con animales se ha extendido a nivel mundial, aportando nuevos descubrimientos, nuevos resultados, nuevos beneficios y nuevas posibilidades; aunque todavía es preciso realizar más estudios sobre la TAA en el ámbito sanitario. A pesar de ello, se ha demostrado que la presencia de un perro reduce el estrés, la hipertensión arterial y el sentimiento de soledad, mejorando la socialización y el estado de ánimo (Lan Robinson 1995, Aubrey H. Fine 2005, Cusack 2003). Además, actualmente, un gran número de universidades en EEUU e Inglaterra disponen de Cátedras o Planes de Estudios en relación a la terapia asistida con animales: Tufos University, North Grafton, Universidad de Pensilvania (Filadelfia), Universidad de Purdue, West Lafayette Universidad de Cambridge y la Universidad de Southampton
- En 2002 McCabe, Baun, Speich y Agrawal siguieron realizando aportaciones sobre la actuación en el ámbito socio-sanitario de la TAP, a través de estrategias de prevención y rehabilitación. En su estudio demostraron la significativa reducción de conductas disfuncionales en pacientes con Alzheimer institucionalizados tras la terapia.
- En 2006 Eva Torres Martínez concluyó la mejoría en el grado de respuesta de los ancianos, ratificando una mejora evidente en el deterioro cognitivo de los pacientes sometidos a TAA.
- En 2007 Kathie M.C. et al. determinó que la visita de un perro a un paciente hospitalizado con insuficiencia cardíaca redujo significativamente los niveles de neuro-hormonas y de la ansiedad, mejorando los niveles hemodinámicos.
- En 2010 Lynda Rondeau et al. mostró los efectos positivos de la TAP en la deambulación en pacientes hemipléjicos que habían sufrido un ictus.
- En 2011 Mosello et al. demostraron la reducción de la ansiedad y la tristeza; y la mejora en la actividad motora y en las emociones positivas en pacientes con Alzheimer de un centro de día tras la terapia con perros. Sin embargo una revisión realizada por Perkins et al. (2008) señaló que a pesar de que se confirmaran dichos efectos, había una serie de factores externos que no podían controlarse, lo que afectaba a este tipo de estudios.
- En el año 2012 Alessandra Berry et al. demostró la eficacia de la TAA en el estado de ánimo en población geriátrica institucionalizada a través de la medición de los niveles de cortisol en la saliva, valorando también el estado de depresión, las interacciones sociales y la frecuencia de la sonrisa.

- En 2013 Zoran Vrbanac et al. comprobó la reducción de la soledad en pacientes geriátricos ante la compañía de perros.

En los últimos años se están empleando los animales, especialmente los perros, como “herramienta” de gran éxito en multitud de intervenciones. Suponen (8, 9, 16, 17) una clave esencial en muchos tratamientos con diferentes objetivos específicos obteniendo resultados muy prometedores en una gran variedad de campos de actuación: *Trastorno generalizado del desarrollo* (TGD), problemas motores, niños que han sufrido abusos, trastornos sensoriales y de *propiocepción*, mujeres maltratadas, tratamiento de delincuencia, adicciones, tercera edad, discapacitados físicos o psíquicos o con necesidades especiales, trastornos de hiperactividad y *déficit de atención* (TDAH), problemas de motricidad, deterioro cognitivo, discapacidad visual/auditiva, problemas del lenguaje, trastornos de la conducta, hipertensión, parálisis cerebral, Alzheimer, Parkinson, distrofia muscular, falta de motivación, trastornos psiquiátricos, personas con autismo, Síndrome de Down, enfermedades crónicas (cardíacas, oncológicas, mentales), aislamiento, dificultades de adaptación, problemas de socialización, violencia familiar, violencia carcelaria, trastornos de ansiedad, depresión, baja autoestima, inseguridad, dependencia funcional, daño cerebral adquirido, esclerosis múltiple, atención a las personas que presentan discapacidades... Tal y como hemos mencionado en apartados anteriores, son cada vez más los estudios llevados a cabo en prestigiosas universidades sobre esta terapia complementaria tan innovadora; así como la experiencia desarrollada, avalando los beneficios que aporta en gran variedad de patologías.

Estado actual de la actividad profesional en España (18)

Según muestra un estudio reciente las IAA en nuestro país están experimentando un gran auge, recogiendo la actividad de 275 profesionales junto con 213 animales pertenecientes a 55 entidades que se distribuyen por todo el territorio español. Éstas desarrollan programas de IAA de forma continuada y sistemática por parte de equipos multidisciplinares (adiestradores, psicólogos, educadores...), actuando principalmente en el campo de la neuro-rehabilitación, psicología/ psiquiatría, educación, integración social y la gerontología. Con futuros estudios se comprobará si la expansión continúa o se estabiliza.

La financiación de estos programas es privada en el 89% de estas entidades, siendo todos ellos de larga duración (de 6 a 24 meses) y gran parte de ellos suelen ser reeditados. En los casos en los que no lo son se atribuyen carencias económicas por parte de las entidades (falta de financiación), cambio en la política o en los profesionales de las mismas y falta de interés en organismos previamente colaboradores, entre otras razones.

Por otro lado (8) cabe destacar la escasez en literatura en español sobre el tema, siendo prácticamente nula en las revistas científicas publicadas en este idioma (la mayoría se hace en inglés aunque los autores sean españoles).

Como ya hemos visto anteriormente, en España este tipo de terapia se denomina TAAC, aunque cada vez haya más

diversidad en la nomenclatura. De forma progresiva (8) han ido apareciendo fundaciones y organizaciones que se dedican plenamente al uso de perros como terapeutas. Algunas de ellas son:

- Fundación Affinity (Purina): Implanta, desde 1987, programas de TAA en colaboración con la Sociedad Española de Psiquiatría. Comenzó como una iniciativa anti abandono para promover el papel de los animales de compañía en la sociedad.
- Fundación Bocalan: Integración de personas con discapacidades (síndrome de Down y parálisis cerebral entre otras) y autismo. Cuenta con una amplia experiencia en formación de profesionales caninos, formación de perros de terapia y formación de perros de asistencia.
- CONAT: Coordinadora Nacional de Asociaciones de Animales de Asistencia y Terapia.
- AETANA (*Asociación Española de Terapias Asistidas con Naturaleza y Animales*)
- ANTA (*Asociación Nacional de Terapias asistidas por Animales*): Enfermedades físicas, psiquiátricas, sensoriales y personas mayores.
- AEPA (*Asociación Española de Perros de Asistencia*): Personas con discapacidad física.
- AIAP (*Asociación de Intervenciones Asistidas por Perros*): Actualmente también usan otros animales. Terapéutica para personas con necesidades especiales y discapacidad.
- La ONCE inauguró en 1990 su escuela de perros guía, formándolos a ellos y a los adiestradores profesionales (es el mayor centro europeo en adiestramiento de canes para invidentes).
- TERAPIAGUAU (17) es un proyecto que combina la psicología con el amor por los animales con el objetivo de mejorar la vida de los pacientes (discapacidad física, estimulación temprana y tercera edad).
- ENCLAVE (17) ofrecen gran variedad de servicios psicológicos incluyendo las TAA, sobre todo con perros. Se encuentra en Madrid.
- ESPACIO ÍTACA (17) ofrece este tipo de terapias de manera grupal, utilizando tanto perros como cobayas.

Para finalizar el recorrido por España en torno a las IAA hay que mencionar también la existencia de asociaciones o fundaciones dedicadas a este campo con otro tipo de animales, como son los caballos (fundación caballo amigo, fundación tiovich) y los delfines (delfinario Aqualand en Tenerife o Mundo Mar en Benidorm).

Perros en instituciones públicas

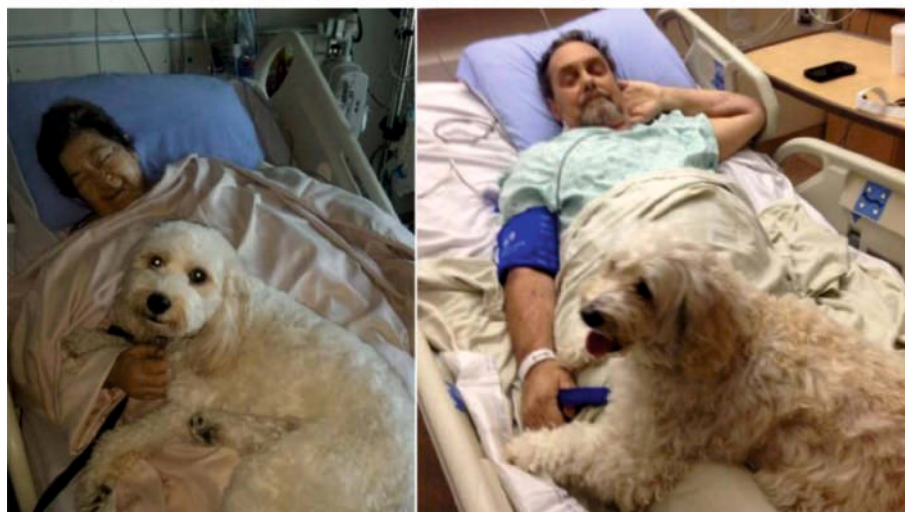
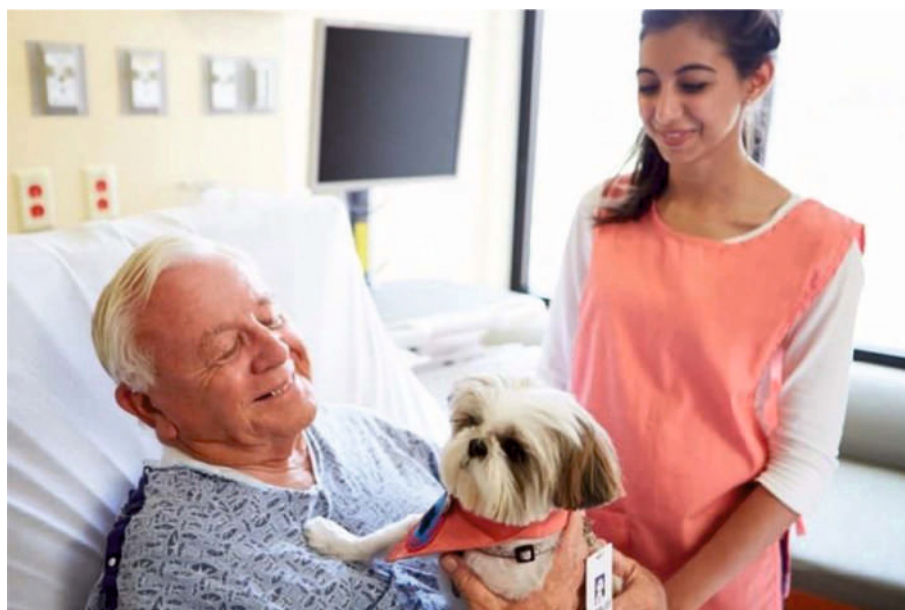
El primer hospital en permitir el acceso e intervención con perros en Europa (19) fue en Florencia en el año 2009, y desde entonces son muchos los avances que se están haciendo sobre este tipo de terapia. A nivel internacional, sobre todo en EEUU, la TAP está mucho más consolidada

a todos los niveles: Cuentan con numerosas asociaciones para el adiestramiento animal, formación de voluntarios, programas de acompañamiento y visitas hospitalarias, a presidios, residencias, hogares y psiquiátricos; así como con décadas de experiencia en el sector. Estos programas van dirigidos a personas con diferentes problemas médicos o funcionales (9). En España, como ya hemos mencionado, la iniciativa la tomó la Fundación Purina (ahora Fundación Affinity) en 1987, centrando al principio sus esfuerzos en promover campañas anti abandono, y en poner de manifiesto la importancia y necesidades de nuestros animales de compañía. Comenzaron a implantar programas de TAAC en colaboración con la Sociedad Española de Psiquiatría. Hoy en día siguen trabajando en múltiples proyectos y celebrando congresos aunando a múltiples personalidades destacables en diferentes ciencias en donde la TAAC manifiesta sus beneficios. Además, publican la revista "Amigos", donde se exponen reseñas, novedades y marcan el rumbo que van tomando las distintas investigaciones y experimentos a nivel mundial de las TAAC (8).

Canadá (20) se sumó hace poco tiempo a esta iniciativa, aunque por el momento se limitan a permitir el acceso



Una niña ingresada en el Sant Joan de Déu (Barcelona). Antonio Moreno. El mundo: Los perros entran en el hospital. María Valerio. Año 2016 (19).



Hospital Juravinski (Ontario) CANADÁ. Schnauzi.com: Un hospital canadiense permite a los pacientes que sus mascotas los visiten. Año 2016 (16).

(siempre cumpliendo unos requerimientos básicos) a las mascotas de los pacientes, siendo sólo con ellos con los que interactúan los animales.

En España (19, 21) el hospital pionero en este tipo de intervenciones con fines terapéuticos fue el Hospital Materno-Infantil de Sant Joan de Déu de Barcelona en 2009, trabajando aspectos psíquicos, físicos y sociales mediante la interacción con los canes, mejorando así su calidad de vida. En la unidad trabajan profesionales del centro junto con adiestradores y los perros de CTAC, con el fin de potenciar la recuperación de los niños ingresados mejorando su estado de ánimo (motivan para la rehabilitación, tranquilizan, los distraen en momentos difíciles...).

En el año 2017, la Comunidad de Madrid puso en marcha un servicio de intervención canina, con el fin de llevar perros de terapia a hospitales, residencias geriátricas y centros educativos. En algunos casos se perseguía la posibilidad de que los perros visitaran a sus dueños ingresados en dichas instituciones y poder así reencontrarse con ellos. La presidenta reconoció la gran labor de estos animales haciendo una importantísima labor en el ámbito de la educación, sanidad y los servicios sociales. Además, querían analizar los beneficios en menores que se encontraban en proceso judicial (con el objetivo fundamental de tranquilizarlos y acompañarlos). Estas intervenciones siempre se realizan en zonas exteriores o lugares con acceso directo (22).

El límite más importante para este tipo de terapias alternativas tan prometedoras es el escepticismo, la economía y la burocracia, aunque poco a poco se están consiguiendo resultados grandiosos. Cada año se incorpora dicha estrategia a más hospitales en España, atendiendo a diversos grupos de usuarios con un gran nivel de éxito.

Los beneficios que aportan dichos animales a las personas van más allá: Ya se han dado varios casos de personas que

despiertan del coma tras la visita de sus perros en el hospital. Es el caso del británico Andy Szasz, que despertó del coma y se recuperó mucho antes de lo previsto gracias a la visita de su perro Teddy (23); o del italiano Don Giovanni, que despertó de la misma forma y se recuperó de manera insólita tras la visita de su perrita Nancy (24).

Del mismo modo, tal y como ya se ha mencionado anteriormente, cada vez es más frecuente la aplicación de dicha terapia alternativa en residencias de mayores, enfocada a mejorar el estado y la calidad de vida de las personas institucionalizadas, siendo en su gran mayoría usuarios con pluripatología, incluyendo las demencias (resaltando que no es una terapia sustitutiva, sino complementaria a los tratamientos convencionales).

En un estudio realizado por Clark M. Brickel en 1979, se observó la exitosa respuesta de ancianos institucionalizados en un hospital de California al introducir un gato, mostrando el placer que el animal producía en los pacientes. Posteriormente en 1981 se introdujo un perro en la unidad de crónicos de un hospital geriátrico de Caulfield, comprobando que la presencia del can mejoraba el estado de ánimo de los usuarios, estimulando la sensibilidad y el sentido del humor, significando en muchos casos un motivo para vivir.

Entre las patologías más frecuentes y relevantes que pueden encontrarse en este tipo de instituciones para la tercera edad se encuentra el Alzheimer, siendo la demencia más frecuente a nivel mundial. Además se estima que la cifra siga aumentando a pesar de los avances científicos sobre dicha enfermedad: Cada 3,2 segundos hay un nuevo caso de demencia en el mundo. De hecho se prevé que esta situación provoque un desbordamiento económico en multitud de países (25), suponiendo un aumento del 350% en 2050 (26). Además de los déficits provocados por la demencia, en una residencia de ancianos deben



Grupo Reifs. Sevilla. Evolucion 2018.



Clece mayores. Ciudad de Adra. Asociación “Dejando huella”. Año 2018.

valorarse otros aspectos relevantes, como es la tendencia al aislamiento y sentimiento de soledad, pasividad y desinterés por la dinámica del centro (sobre todo en los primeros momentos desde ingreso); la separación de su entorno, hogar y familiares con su consecuente cambio en el estado de ánimo y desorientación; la tendencia a la monotonía, la ansiedad o preocupación y las dificultades de adaptación.

Por todo ello adquiere gran relevancia la incorporación de estas intervenciones en el programa de estimulación, hasta tal punto que hay centros que disponen de su propia mascota. Sin embargo, lo más frecuente es la visita periódica, por parte de ciertas entidades especializadas, de perros u otros animales de terapia. Este hecho es cada vez más común, ya que los beneficios que aporta son evidentes en la calidad de vida de los usuarios. Algunas residencias que disponen de este tipo de programas en España son: residencia María Gay en Gerona, grupo Ballesol por todo el país, grupo Reifs en Granada, grupo Orpea en Madrid, residencias de



Fundación Affinity: Animales que curan: ¿Importa la raza para ser perro de terapia?

Sanitas repartidas por el territorio español y un largo etcétera, ya que cada día son más centros los que incorporan esta exitosa iniciativa en su programa de trabajo.

Elección del animal terapeuta: el perro

El animal más demandado en las IAA (8) es el perro, estando presente en la mayoría de las entidades consultadas. Como hemos señalado en apartados anteriores, el can representa un catalizador social que se integra en la vida de las personas, suponiendo un excelente instrumento para interactuar con redes sociales antiguas o nuevas. Además, capta rápidamente la atención de los humanos y facilita el lenguaje y la expresión de las emociones. Ama a las personas (27) sin importar su aspecto o condición social y parece disfrutar trabajando. Por otro lado posee una gran capacidad de aprendizaje, un carácter alegre y afectivo que contribuye a su capacidad de socialización (28). Otro motivo relevante es que muchas personas han tenido perro a lo largo de sus vidas, sintiendo la pérdida de



El País: El Hospital de Torrejón (Madrid) reduce un 60% la medicación por depresión gracias a la terapia con animales. Carolina Pinedo. 2016.

esa compañía y hábitos rutinarios al ser institucionalizados o padecer alguna enfermedad como el Alzheimer que les impide continuar con su cuidado y atención plenamente. El apego y amor surgido hacia los animales, es algo innato en las especies sociales, explicando desde un primer momento la efectividad de la TAA. El animal actúa de facilitador acelerando un proceso que de otra forma hubiese sido más costoso y lento. Por tanto, los pacientes o usuarios tienen una evolución más rápida de lo esperado, resultando más fácil conseguir los objetivos terapéuticos, incluso en pacientes más resistentes.

TAA en ancianos

Como bien se ha descrito anteriormente, la interacción con animales mejora la recuperación de enfermedades cardiovasculares (incluso las previene), reduce la depresión, los triglicéridos, la tensión arterial, la ansiedad, el colesterol, los problemas de salud menores y aumenta la calidad de vida de los ancianos. Además, el propio animal estimula todos los sentidos al moverse, jugar, acariciarlo... y potencian la autoestima y sentimiento de utilidad al responsabilizarse de su cuidado. Permiten independencia sin soledad entre otros objetivos que expondremos en el siguiente apartado. Un beneficio extra es la reducción de la medicación en los pacientes que realizan este tipo de terapia, como se expone en un artículo publicado en El País en 2016: la TAA redujo un 60% la medicación para ancianos con depresión (29).

Sin embargo, y a pesar de la multitud de beneficios obtenidos, no todos los médicos aceptan estos tratamientos, ya que la presencia de un can en un centro tan serio como un hospital puede parecer pintoresca o excéntrica.

TAA en ancianos con Alzheimer (8, 26)

- Uno de los estudios pioneros fue realizado por Kongable, Buckwalter y Stolley en 1989, demostrando como la interacción del animal en pacientes con Alzheimer moderado fomentaba un buen estado de ánimo y el contacto físico.
- La *Fundación Affinity* ha sido desde 1992 la principal impulsora en España de las iniciativas sobre la compañía de los animales para mejorar la calidad de vida a los ancianos, financiando desde 1992 programas de adopción de perros en residencias geriátricas.
- En 1991, Verderber (y más adelante otros autores) observó el beneficio obtenido por los pacientes con Alzheimer al contactar con animales en su entorno al hacerlo más placentero y socializador.
- En 1995, Fritz, Farver, Kass y Hart comprobaron la reducción de la agresividad verbal, tan importante en las residencias, al interactuar con el animal.
- Mara M. Baun (universidad de Nebraska) dirigió varias investigaciones con TAA, confirmando la disminución de la agitación y el aumento de la socialización, atención, sonrisas, contacto visual y táctil y las verbalizaciones en pacientes con Alzheimer.
- En 1999, Churchill, Safaoui, McCabe y Baun llevaron a cabo un estudio sobre IAP en pacientes dementes con

agitación, la cual disminuía a través del contacto con el animal, aumentando además la sociabilidad y el buen estado de ánimo en estos pacientes.

- En 2001 Kanamori demostró la reducción de la agresividad, ansiedad y fobias en este colectivo. Posteriormente, en 2002 McCabe, Baun, Speich y Agrawal comprobó también esta disminución de la agresividad, al igual que Richerson en 2003 y Sellers en 2005.
- En España, en diferentes Residencias de ancianos; *Residencia de Gent Gran* de Reus (Catalunya), *Parc Serentill* (Cataluña); *Residencia de Felanitx*, (Mallorca, 2002), se demostró el éxito de la TAA en la comunicación, atención, memoria, percepción, reducción de movimientos involuntarios (esterotipias), aumento de la movilidad corporal, orientación, mejora del estado de ánimo y disminución del sentimiento de soledad y aislamiento. Además evidenció el aumento de autoestima en usuarios de la residencia ante la responsabilidad de cuidar al perro y el aumento significativo de las visitas recibidas por parte de los familiares ante un clima más cálido y afectivo (Bardill y Beck).
- En 2004 Motomura, Yagi y Ohyama hicieron patente la mejora de la apatía de este colectivo tras la TAA.
- En 2007 Kawamura, Niiyama y Niiyama observaron la mejoría del estado de ánimo en pacientes con demencia sometidos a este tipo de terapia.
- Los efectos positivos de la TAA en usuarios con demencias también se ha demostrado empíricamente en residencias de Maryland (*American journal of Alzheimer's Disease and other Dementias*, 2010), siguiendo otras investigaciones en el mismo sentido *Gerontologist*, 2010; *International Psychogeriatrics*, 2011; *Academy of Health Care Management Journal*. 2011.
- En 2011 Mossello et al. comprobó la reducción significativa de la ansiedad y el aumento de la interacción con el ambiente y de las verbalizaciones en pacientes con demencia, mejorando el estado de ánimo. Fue el primero en aplicar instrumentos validados para registrar el estado emocional de las personas con demencia, obteniendo como resultado un aumento de las emociones positivas en dichos pacientes, reduciendo significativamente la tristeza.
- En 2012 Nordgren y Engström demostró, tras ocho semanas de terapia con este tipo de pacientes, el aumento de sus habilidades físicas, psicológicas y sociales.
- En 2013 un estudio realizado en el CRE de Alzheimer y otras Demencias del Imsero en Salamanca (Pérez-Sáez y Gay-Puente) se observó la reducción significativa de la tensión arterial y de los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia durante el desarrollo de la terapia asistida con animales. En otro estudio se demostró el efecto positivo sobre la afectividad y sociabilidad en residentes con demencia en módulos de convivencia.

En nuestra intervención se realizan valoraciones periódicas enfocadas sobre todo al estado de ánimo, nivel de competencia mental y movilidad general de los usuarios

que reciben este tipo de terapia, comprobando en cada caso el grado de mejora alcanzado. Para ello se emplean escalas específicas, además de la observación clínica y cuestionarios de satisfacción tanto para pacientes como para sus familiares en relación a lo que ellos consideran tras la terapia. Esto se explicará con más detalle en el apartado "desarrollo".

OBJETIVOS (8, 30)

Los objetivos de la TAP (Terapia asistida por perros) son múltiples, pudiendo diferenciar entre generales (para todo tipo de pacientes) y específicos (para usuarios con Alzheimer):

Generales

- Desarrollar la confianza en el entorno terapéutico cuando el perro está presente
- Incrementar la sensación de seguridad en el medio.
- Mejorar el estado emocional del propietario, mediante el intercambio afectivo, al sentirse acompañado, manteniéndolo activo (llevarlo de paseo, asumir la responsabilidad de su cuidado) y aumentando así la seguridad en sí mismo.
- Hacer sentir bien.
- Potenciar la empatía.
- Transmitir relajación, tranquilidad, seguridad y calma.
- Mejorar la autoestima y la satisfacción emocional.
- Aumentar la estabilidad emocional.
- Mejorar la calidad de vida.
- Dar alegría, estimación, fidelidad..., humanizar y mejorar el entorno vital.
- Estimular la interacción social, facilitando la comunicación con el propio animal y con las personas del entorno.
- Ejercitar la memoria remota, permitiendo la evocación de hechos pasados.
- Mejorar la responsabilidad de tareas y estimular la actividad.
- Reducir de la agresividad física y/o verbal y la violencia.
- Promover la aparición del interés.
- Aumentar la capacidad de prestar y centrar la atención.
- Paliar el sentimiento de soledad.
- Mejorar la relación con el entorno.
- Estimular la movilidad/ actividad física y la deambulación.
- Promover la salud y prolongar la vida (los animales de compañía están considerados como una medicina preventiva por su cuidado y el afecto hacia ellos).
- Mejorar el sentido del humor y estado afectivo.

- Favorecer el contacto físico, el juego y las demostraciones de afecto tanto con la mascota como con otras personas.
- Potenciar la independencia.
- Aumentar la propiocepción.
- Maximizar el sentido de satisfacción personal y utilidad, autoestima.
- Facilitar el uso del lenguaje (verbal y no verbal) y la expresión de las emociones.
- Mejorar la recuperación de enfermedades cardiovasculares, o incluso prevenirlas.
- Estimular la creatividad.
- Reducir la ansiedad y la depresión.
- Disminuir la tensión arterial, el colesterol, los triglicéridos, y problemas de salud menores.
- Desinhibir a las personas.
- Estimular los sentidos.
- Potenciar la motivación al reforzar conductas.
- Mejorar los patrones del sueño.
- Reducir la medicación.
- Despertar reflejos.
- Ayudar superar fobias.
- Potenciar la coordinación motriz.
- Mejorar el rendimiento laboral (hay empleados que acuden a su centro de trabajo con sus mascotas).
- Ayudar a la detección de tumores, hipo o hiperglucemias (en estudio)...

Específicos

- Fomentar un buen estado de ánimo: Sonrisas, expresiones faciales positivas.
- Potenciar la socialización con otros residentes y personal del centro, reduciendo el aislamiento y los sentimientos que produce.
- Preservar-mejorar las funciones cognitivas: cálculo (realizando tareas sencillas con los perros), reconocimiento, fijación...
- Mejorar la calidad de vida de las personas institucionalizadas utilizando animales de compañía (en este caso perros) como una terapia alternativa o paralela a las existentes en el centro.
- Fomentar la participación en los talleres del centro y otras terapias al actuar de reforzador de conductas.
- Fomentar la autonomía para prevenir situaciones de dependencia.

- Optimizar el estado físico general.
- Motivar y trabajar para retrasar el desarrollo de la enfermedad.
- Reducir los sentimientos de soledad.
- Mejorar la psicomotricidad.
- Fomentar hábitos.
- Promover la orientación espacio-temporal, ya que las visitas suelen ser días concretos de la semana y en zonas determinadas, lo que sirve de referencia a los participantes. Puede ponerse una foto del perro para potenciar dicho efecto.
- Crear un ambiente cálido, actuando como facilitador social y catalizador de emociones. Esto conlleva una mejora del entorno y por consiguiente, a un posible aumento de las visitas de familiares a los centros con los consecuentes beneficios.
- Reducir la agitación, produciendo un efecto sedante.
- Potenciar la atención (aumento de miradas dirigidas y verbalizaciones coherentes) y la concentración.
- Aumentar el contacto físico.
- Estimular la memoria a corto y largo plazo (recordar durante las sesiones el nombre del animal, raza, características...).
- Mejorar la comunicación verbal y no verbal.
- Promover y/o mejorar la actividad física, sobre todo la deambulación.
- Optimizar la capacidad de praxis (lanzar pelotas, ponerles trajes...).

METODOLOGÍA

El elemento fundamental en la TAP: el perro de terapia

Aunque los mamíferos (8, 31) tienen la estructura cerebral muy parecida, la capacidad intelectual está menos desarrollada por lo que no disponen de capacidades como la planificación o la imaginación. Sin embargo, al comparar el cerebro humano con el de los animales utilizados en las IAA (perros, caballos y delfines) comprobamos que su sistema límbico es bastante mayor al nuestro, lo que significa que su cerebro está configurado como receptor emocional, por lo que dicha capacidad es mayor a la humana. Esto no quiere decir que sean más sensibles, sino que poseen una gran capacidad para sincronizar con nuestras emociones. Este potencial no es alcanzable por ningún terapeuta ni máquina por grandes que sean sus capacidades. Los animales de sangre caliente tenemos la necesidad vital del contacto y sincronización con otros animales para regular nuestro organismo y estado anímico. Esto es lo que consigue el perro co-terapeuta, produciendo un efecto feedback (retroalimentación emocional) entre el can y el paciente. En este proceso el perro se impregna de las emociones de la

persona (tanto positivas como negativas), sincronizando totalmente su sistema límbico, llevándose el usuario sólo lo bueno (relación bilateral). Este es el motivo por el que, tras las sesiones de TAP, el animal acaba agotado emocionalmente, pudiendo estresarse si éstas se alargan más de lo recomendado. Para evitar esta y otras situaciones disfuncionales es imprescindible tener conocimientos en materia terapéutica, pero sobre todo conocer bien al animal y saber "leerle" (ser consciente de su estado físico y emocional). Es decir, nunca debemos anteponer la actividad o terapia al bienestar del animal (32).

Los perros (8) poseen gran poder para implicar e influenciar a las personas, por lo que tienen la capacidad de sacar lo mejor o lo peor de ellas:

- *Tienen gran capacidad seductora:* Promueven necesidades humanas primarias (explorar, cuidar), funcionan como estímulos multi-sensoriales fáciles de percibir (pueden sacar de una situación traumática captando altamente la atención), producen una excitación positiva por su carácter lúdico, conjugan semejanzas y diferencias y representan el afecto y el cariño incondicional.
- *Facilitan la expresividad en todas sus formas:* No juzgan ni discriminan, producen empatía, poseen varios canales de comunicación en una relación asimétrica, favorecen la expresión de las emociones, estimulan la capacidad de proyección (hablan más del perro que de ellos mismos u otras personas) y promueven la calma y la relajación si la interacción es adecuada (liberación de endorfinas).

Sin embargo estas no son las únicas razones por las que el perro es el elemento fundamental y frecuente de las IAA. Signes Llopis (33) además aporta que los canes:

- Son más accesibles que otros animales.
- Se les puede atribuir cualidades humanas (antropomorfismo), siendo muy interesante y beneficioso a la hora de realizar la TAA (los pacientes creen, por ejemplo, que el perro puede sonreír o poner cara de asombro).
- Como mencionábamos con anterioridad, es muy común que las personas hayan tenido perro a lo largo de sus vidas, por lo que resulta una compañía cotidiana y familiar facilitando así la intervención terapéutica.
- Del mismo modo también resaltábamos en apartados anteriores su capacidad para obtener beneficios en los pacientes mucho más rápido que con otro tipo de terapias. Además aumenta nuestra aptitud y supervivencia, por lo que se considera un terapeuta nato al igual que el resto de animales.
- Son animales gregarios con alta dependencia del hombre, con el que establece un gran vínculo realizando conductas afiliativas (como lamernos).
- Poseen una gran facilidad y capacidad de aprendizaje, por lo que es más fácil adiestrar a un perro que a otro animal.

Bases del procedimiento terapéutico: el equipo de trabajo

Según el manual de *"Terapia Asistida con Animales"* (Fundación Bocalan), para que la intervención terapéutica sea denominada TAA debe contar con un triángulo de trabajo formado por el profesional de la salud, el instructor del animal y el animal (34).

El perro co-terapeuta

A la hora de elegir al perro para adiestrarlo como perro de terapia (35) hay que tener en cuenta que cualquier raza (17) es válida siempre que se cumplan determinados requisitos. Las más frecuentes son el Golden, el pastor Alemán y el Labrador Retriever debido a su gran inteligencia, obediencia y sociabilidad. Sin embargo no se recomienda que sean muy grandes (intimidan), muy babosos (antihigiénicos), que presenten una apariencia poco bondadosa (que tengan amputadas las orejas por ejemplo ya que distancian al paciente) o que suelten mucho pelo (pueden producir alergias). Los requisitos básicos que debe poseer un perro para poder ser terapeuta son (8 y 36):

- Predisposición genética. Buen carácter e inteligencia.
- Que su experiencia vital sea adecuada (mejor si vive con una familia que un centro o refugio).
- Que sea obediente y paciente.
- Que sea muy sociable con todo tipo de personas. Se debe mostrar contento al saludo.
- Tiene que ser dócil y estar dispuesto a colaborar. Es decir, debe tener deseo de agradar a las personas y mostrar un buen comportamiento. Nunca puede mostrar conductas agresivas o impropias.
- Debe ser tolerante y dispuesto, así como seguro de sí mismo sin ser descarado.
- Tiene que ser trabajador pero no impulsivo.
- Debe tener un nivel intermedio de energía. Es importante que sea muy manso.
- Ha de ser motivado para realizar correctamente la terapia, disfrutando de la actividad.
- Tiene que ser capaz de moverse en diferentes superficies y entornos.
- Debe ser sensible y abierto a varios estímulos.
- Tiene que estar cómodo grado de contención razonable.
- Ha de tener estabilidad física y emocional (examen físico) con un temperamento correcto.
- Debe acostumbrarse a un trato un poco "inadecuado" o brusco y que no se sorprenda o asuste con grandes ruidos (como gritos).
- No debe vocalizar de manera frecuente sin necesidad (ladrar, gruñir o lloriquear).

De todo ello se deduce que no todos los perros son aptos para realizar este tipo de intervenciones (36). Durante el examen previo se detectarán posibles conductas o comportamientos disfuncionales que los hagan inestables (agresividad por ejemplo) y se comprobará que cumplen los requisitos anteriormente descritos. Si aun así la interacción con el paciente resulta estresante para el animal o aparece algún conflicto hay que suspender la sesión (no forzar), tal y como hemos mencionado con anterioridad (32). Además, el perro (37) nunca debe suponer un peligro o incomodidad para nadie (personal, residentes...) y siempre debe estar limpio y correctamente controlado y desparasitado. El trato con él debe ser respetuoso en todo momento (nunca llevar a cabo programas perjudiciales para él; hay que respetar que es un ser vivo con motivaciones, emociones, limitaciones y necesidades), adiestrándolo de manera positiva. Una vez finalizada cada sesión hay que permitirle un rato de recreo, en una zona tranquila (varias veces al día) consiguiendo además con ello que el animal disfrute y sea más eficaz en las intervenciones. Si algunos pacientes abusan gravemente del perro de terapia este puede perder su capacidad para ayudar a otras personas, por lo que es de suma importancia que se tengan en cuenta todos los puntos anteriores antes de proceder a la TAP.

Para determinar si un perro es apto para terapia pueden utilizarse determinadas pruebas caracterológicas, como el *"Test del Imprinting"*, *"Test de carácter"*, *"Test de Temperamento"*, *"Test de la Docilidad"*, *"Test de Liakhoff"* (sensibilidad, complacencia, adaptabilidad...), *"Test CGC"* (*Canine Good Citizen*), *"Test PetPartners"* (versión del Delta Society), *"Test de Therapy Dogs International"*, y por supuesto, el *"ETHO-TEST"* (35). Este último (8) es una herramienta diseñada para a perros de refugios susceptibles de convertirse en co-terapeutas. Fue diseñado por Lucidi, Bernabó, Panunzi, Dalla Villa y col. en 2005 y es de las pocas que cuentan con respaldo científico.

Respecto a la acreditación como perro de terapia hay que aclarar que, a excepción de la Comunidad Valenciana (se dan estas acreditaciones al estar incluidas dentro de la ley que otorga el acceso público a dichos animales) no hay en España leyes u organizaciones (8, 38) que regulen el uso y la presencia de los perros en las IAA. Sin embargo en el Principado de Asturias (26) encontramos cierta normativa reguladora dentro de un Pliego que establece que el perro tiene que ser adiestrado por un profesional que posea el certificado de capacitación homologado o expedido por la autoridad administrativa competente y que haya participado previamente en terapias para personas dependientes (al menos en 5 sesiones).

En cambio en EEUU y UK hay un sistema de formación y acreditación, obteniendo un carnet tanto para el perro como para el guía que les posibilita desempeñar su labor en residencias y hospitales. La más importante a nivel internacional se encuentra en Estados Unidos (Delta Society), donde se solicitan acreditaciones a nivel mundial.

Cuando el profesional (técnico en TAP) tiene claro qué tipo de intervención va a desarrollar, escoge al animal según el tipo, sexo, tamaño, raza, edad, y comportamiento natural apropiado. Éste debe tener una historia clínica y conduc-

tual conocida. Dicha persona o entidad es la responsable de la salud, comportamiento y bienestar del perro (36), entrenándolo para cooperar en el desarrollo de las acciones terapéuticas que se desee desempeñar con un tipo concreto de pacientes. Estas intervenciones son dirigidas y forman parte del proceso rehabilitador mediante la interacción perro-paciente.

Cabe mencionar que aunque ya hay algunos centros que disponen de su propio perro de terapia, lo más frecuente es que éstos realicen visitas programadas a los centros, acompañados siempre de su guía (terapeuta canino) y trabajando bajo la dirección de un especialista médico.

El técnico en terapias asistidas con animales (37)

Es la persona encargada del manejo y adiestramiento específico del animal, contando con la formación previa, adecuada y profesional sobre la materia (adiestramiento y necesidades del animal, IAA y TAA) y las patologías humanas. Debe asegurarse, durante las sesiones, que se cumplen todas las condiciones necesarias para que la terapia sea efectiva. Es el encargado del bienestar del animal y de fomentar y facilitar su interacción con los pacientes a tratar según unos protocolos establecidos, guiando y manejando al perro durante las sesiones. Para esto tiene que conocerlo muy bien adecuando sus indicaciones para que se obtengan los mejores resultados tras la interacción perro-paciente. Es el responsable del diseño de los ejercicios y de las sesiones de la intervención, planificando las sesiones y organizando el equipo de trabajo actuando siempre en coordinación con el mismo. Además, ha de ser siempre respetuoso con el resto del equipo y los participantes y debe disponer de un seguro de responsabilidad civil para poder desempeñar este trabajo.

Sin embargo, hay que destacar que la falta de información sobre la TAP y la nula legislación al respecto (sólo existe para perros de asistencia para personas con discapacidad) hace que no sea tan fácil obtener el certificado de profesionalidad y la homologación para dicha actividad a pesar del gran número de empresas, fundaciones... dedicadas a esta disciplina. Además, en la actualidad no existe ningún curso homologado u oficial ya que no existe dicha homologación, aunque sí existe el certificado de profesionalidad (la profesión está reconocida, pero no hay ninguna titulación oficial para obtener el título, aunque en 2011 se aprobaron las cualificaciones profesionales en el BOE para el adiestramiento- educación canina, su instrucción en operaciones de seguridad y protección civil y la instrucción de perros de asistencia). Tan solo los Másteres propios de Universidades como la de Baeza, Madrid, Sevilla... ofrecen titulación oficial universitaria (técnicos) en relación con: Fundamentos de la terapia asistida por perros, en aplicaciones del perro a la terapéutica humana, etc. Así, para poder ejercer en el campo del Adiestramiento y de la Terapia Asistida, basta con formarse a través de cursos organizados por empresas de formación o máster y darse de alta en el IAE.

El experto en IAA (37)

Es el profesional de la salud (T.O., médico, psicólogo...) encargado del proyecto de intervención (búsqueda de financiación, diseño...), por lo que debe conocer los principios

de la TAA (técnicas, metodología...) y adaptar sus conocimientos al ámbito terapéutico de actuación, especificando los fines perseguidos y resaltando las necesidades, inconvenientes y demás valoraciones para la ejecución de la misma. Es decir, es el responsable de la evaluación, planificación de las sesiones gestionando los recursos de la comunidad (diseño de proyectos y actividades) y de la reevaluación de los progresos conseguidos. Además, debe estar coordinado con el resto de profesionales con los que trabaja, realizando las intervenciones con los familiares o tutores de los participantes y pudiendo participar en la propia actividad.

Los pacientes (37)

Cuando se va a llevar a cabo la TAP, hay que tener en cuenta el tipo de pacientes hacia el que va dirigida la terapia (en nuestro caso personas con Alzheimer). Además, hay una serie de consideraciones generales al respecto que debemos tener siempre en cuenta:

- Hay que tratar siempre con respeto independientemente de su discapacidad.
- Se explicará siempre la actividad que se va a desempeñar de manera que el paciente pueda comprenderlo (adaptar al nivel de competencia mental de cada usuario).
- El paciente (o tutor legal) debe dar su consentimiento ante la terapia. Si no desea trabajar con animales hay que respetarlo.
- Si se van a realizar fotos o videos de las sesiones hay que tener un consentimiento del centro y del paciente o tutor.
- Nunca podemos invadir el espacio vital del usuario.
- Hay que considerar las características de cada participante, así como su filosofía (creencias, religión...).
- Siempre se perseguirá la mejora del paciente.

En nuestro caso hay que conocer la fase y la sintomatología de los participantes con Alzheimer para poder alcanzar los mejores resultados tras cada sesión, al estructurarlas en función de los objetivos específicos que se pretenden conseguir.

Es importante que, por parte del centro donde se va a desarrollar la actividad, no se creen falsas expectativas respecto al programa, y se procure no alterar la rutina del mismo. Siempre se intentará trabajar con los profesionales de dicha institución, implicándolos en el proyecto y maximizando la higienización tanto con los participantes como con el entorno donde se llevará a cabo la intervención.

Consideraciones a tener en cuenta: contraindicaciones de la TAP (8)

En la TAP, la herramienta es un ser vivo. Por ello es preciso tener el conocimiento adecuado sobre las condiciones higiénico-sanitarias necesarias para establecer un marco seguro de utilización del animal como facilitador terapéutico.

- **Zoonosis:** Es la transmisión de enfermedades animales a las personas. Para prevenir dicho contagio son necesarios controles veterinarios periódicos, y unos cuidados de la salud e higiene del animal específicos. Es importante considerar el tipo de pacientes con los que se va a trabajar, así como las particularidades de cada individuo para analizar el posible riesgo de contagio.
- **Lesiones o agresiones:** Se deben prevenir mediante la correcta educación y socialización del perro durante su adiestramiento como perro de terapia. Hay que conocer muy bien su comportamiento, verificándolo con experiencias y los test mencionados en apartados anteriores. El técnico de TAP debe tener plena confianza en su perro, significando la base del trabajo con él.
- **Molestias:** Algunas características de los canes resultan molestas para ciertas personas, independientemente de que hay muchas personas a las que no le gustan los perros, o que simplemente no les gusta interactuar con ellos (o lo hacen sólo cuando es su voluntad, no la del animal). Este aspecto hay que analizarlo muy bien con cada participante antes de comenzar las sesiones de TAP.
- **Alergias:** Hay que conocer las peculiaridades de los usuarios como prevención.
- **Fobia a los perros:** No todos los pacientes pueden verbalizar lo que sienten, aunque el lenguaje no verbal (expresión facial, repulsión física...) puede indicarnos que la persona siente malestar o no se siente cómoda durante la terapia.
- **Maltrato animal:** Durante las intervenciones puede haber algún usuario que a lo largo de su vida haya podido abusar de animales. En este caso no se llevaría a cabo la terapia por lo motivos explicados anteriormente.

Por otra parte, siempre que se van a desarrollar este tipo de sesiones, hay que disponer de un consentimiento informado (expresión voluntaria de la intención de participar en el programa, por parte del paciente o su tutor legal, y por parte del centro donde se desarrolla la actividad. ANEXO V), como bien se ha descrito en apartados previos. Hay que mencionar que si el usuario desea participar en las sesiones pero sus familiares no otorgan su consentimiento, son ellos los que tienen la última palabra.

DESARROLLO

Recursos utilizados

- **Humanos:** Técnicos en TAP. Terapeuta Ocupacional y personal auxiliar del centro residencial de Granada.
- **Animales:** Hachiko educación canina: Garbanzo (labrador marrón de tamaño mediano- grande, de 5 años), Pecas (Mestizo blanco de tamaño mediano- grande lleno de pecas, de 4 años) y Padi (mestizo marrón oscuro de tamaño pequeño, de 6 años).
- **Materiales:** Escalas de evaluación (Índice de Barthel, Miniexamen cognoscitivo de Lobo, Escala de depresión geriátrica de Yesavage y Escala adaptada de la quality of life scale for severe dementia), juguetes y complementos

para perros (comedero, pelotas, cuerdas, tirador, correa de paseo, cepillos, toallas, prendas, pañuelos, gafas, sombreros, pajaritas...), alimentos para perros (pienso, galletas...), sillas, mesas, pivotes, vendas, material de psicomotricidad (aros, churros, pelotas...), material de estimulación cognitiva (pictogramas, manuales...), quita-pelos de mascota.

- **Lugar de realización:** Salón de actos de la residencia para mayores de Granada.

Organización

El programa se llevó a cabo en una residencia de ancianos de Granada (R.R.), gracias a la colaboración de Hachiko educación canina y al personal del centro, especialmente la Terapeuta Ocupacional que en este caso actuó como experto de TAP, coordinando las sesiones y aportando la información necesaria sobre los usuarios que van a participar. Previamente (39) al desarrollo del programa, se llevó a cabo una sesión informativa tanto para los pacientes como para el personal del centro, con el fin de exponer la educación y formación adecuada para llevar a cabo este tipo de intervenciones, así como la evaluación de los posibles riesgos potenciales relacionados con el proyecto. Un aspecto a tener en cuenta es que no todos los miembros del personal (al igual que no todos los pacientes) desean trabajar con animales, lo cual debe ser respetado. En dicha sesión, además, se mostró la manera más segura de interacción con los perros a los participantes. Estos fueron seleccionados por la terapeuta, escogiendo un grupo de 6 pacientes con Alzheimer moderado, 4 mujeres y 2 hombres, entre 75 y 85 años. Los déficits de dichos usuarios eran comunes: agnosia, dificultad para comunicarse, alteración del estado de ánimo, baja autoestima, escasa socialización y poca movilidad voluntaria. Se determinó que dicho grupo era susceptible de mejora ante los beneficios mencionados de la TAP dado el conocimiento que posee la T. O. respecto a dichas personas. Todos los usuarios acudían en silla de ruedas, aunque algunos podían deambular con ayuda.

Antes de comenzar con el programa (26), la terapeuta elaboró una historia vital animal (obteniendo información de los familiares en los casos en los que el paciente no puede aportar dichos datos) para observar la relación que han tenido los participantes con los animales a lo largo de sus vidas. En esta primera evaluación definió los objetivos específicos que se esperaban o pretendían conseguir con la terapia, tanto a nivel grupal como individual. También recogió los aspectos a tener en cuenta con cada participante durante el desarrollo de la terapia (necesidad constante de ir al wc, sillas de ruedas, dificultades de movilidad...) así como los posibles criterios de exclusión (como la fobia a espacios cerrados, la negativa a la interacción con perros, alergias...) y toda la información la incluyó en el informe de cada paciente, donde posteriormente tras cada sesión iba registrando la evolución en función de los objetivos propuestos. Para llevar a cabo la programación de las sesiones y actividades a desarrollar en la TAP (horario, tipo de intervención...) se reunió con el equipo de Hachiko y se establecieron unas pautas de actuación.

La terapeuta ocupacional es también la que organizó el espacio donde se llevaron a cabo las sesiones, responsabilizándose de su higiene y cuidado. Este era siempre el mismo y fue respetado por el resto de personas, evitando molestias o interrupciones. Al entrar, era necesario asegurarse de que en el suelo no hay restos de comida o medicación que pudiera resultar perjudicial para los perros (26). Una vez en la sala los participantes debían sentirse cómodos, a una temperatura agradable y con buena iluminación. Al finalizar la actividad dicho espacio debía quedar totalmente limpio, recogido y desinfectado.

Por otro lado, la T.O. se coordinó con el equipo auxiliar para poder disponer de los participantes a una hora determinada, una vez que hubiesen cubierto sus necesidades fundamentales (ir al baño, desayunar...) y se hubieran lavado correctamente las manos (al igual que al terminar la terapia). Una vez finalizada cada sesión, realizó un seguimiento de cada usuario en su historia de terapia ocupacional y en el informe específico de TAP, con el fin de registrar los beneficios obtenidos cada día y poder realizar un documento final sobre el éxito del programa de TAP con pacientes de Alzheimer del centro. A parte de dicho seguimiento, una vez terminada la terapia (o cada cierto tiempo si se hubiese realizado de forma continuada) se sometió a cada participante a una serie de escalas y test específicos y estandarizados para demostrar de manera empírica el resultado de las intervenciones (este punto se explica más adelante).

Se programaron sesiones grupales de cincuenta minutos, dos días a la semana (martes y jueves de 11:00 a 11:50h) durante 6 meses. A pesar de tener carácter grupal, las actividades se desarrollaron, por lo general, de manera individual pero dentro del grupo, en función del número de perros de terapia que hubiera disponibles en cada sesión (a veces eran 2, y otras los 3) y los objetivos de la misma.

Cada sesión comenzaba con la recogida de usuarios y traslado a la zona de TAP por parte de la T.O., explicándoles lo que se iba a realizar (de manera que ellos pudieran comprenderlo). La terapeuta iba organizando a los participantes en círculo al finalizar el recibimiento, en cuyo centro se dis-

ponía a los perros y el técnico y guía, para poder trabajar con todos sin descuidar a ninguno, involucrándolos en el grupo de trabajo aunque realizaran tareas individuales. Los 6 participantes con Alzheimer presentaban características similares tal y como se ha mencionado anteriormente, casi todos en fase intermedia y con problemas de comunicación, movilidad y agnosia.

Al finalizar cada sesión los pacientes le daban agua y comida a los perros como premio a su trabajo, secándole el sudor con una toalla como si de un deportista que acaba de terminar una carrera se tratara. Después cada usuario, con la ayuda necesaria, procedía a retirarse los pelitos que hubieran podido quedar en su ropa, maximizando la higiene con ello y el lavado de manos antes de regresar a sus respectivos lugares (salón, habitación, otras salas de terapia...).

Sesiones

En la primera sesión (toma de contacto y "presentación"), los perros terapeutas iban entrando uno a uno, colocándose sobre una silla dispuesta para ello, presentándose (por parte del técnico en TAP) a cada persona, con el fin de comenzar a establecer un vínculo persona-animal. Los usuarios iban también presentándose a los perros y a sus compañeros de terapia, ejercitando así la memorización de los nombres y las características más relevantes de cada uno. Para ello el guía acercaba a cada usuario (en silla de ruedas) a cada animal, adecuando la altura del mismo para no invadir el espacio vital de la persona pero facilitando el acercamiento en caso de voluntad de la misma. Esta tarea ya supuso una gran alegría y estimulación para los usuarios, ya que a todos parecía encantarle los perros y hacía mucho tiempo que no tenían contacto con uno (llevan años institucionalizados). Desde el minuto uno la interacción comenzó, mostrando afecto y contacto físico con cada perro al conocerlo por primera vez. Algunos usuarios empezaron a contar anécdotas de forma espontánea a sus compañeros sobre sus experiencias con perros y otros animales, creando así un clima divertido y



Elaboración propia. Padi y Garbanzo esperando que llegaran los usuarios para la presentación. 2017.



Elaboración propia. Pecas esperando que llegaran los usuarios para la presentación. 2017.

cercano donde se sentían cómodos y tranquilos en un ambiente familiar y afectivo.

Tras las presentaciones se dispuso a los participantes en círculo, tal y como se ha descrito anteriormente, colocándose los perros en el centro junto con los técnicos, mientras los participantes se deleitaban con su presencia, el movimiento de sus rabos y la gran expresividad hacia ellos. Entre los



Elaboración propia. Padi con C.M.L. 2017.



Elaboración propia. Pecas con D.S.V. 2017.

pacientes había una señora (C.M.L.) a la que nunca le gustaron los animales según explicaba su hija. Sin embargo autorizó esa primera intervención o toma de contacto ante la expectativa del resultado. Al entrar en la sala de terapia y ver al primer perrito (Padi) su rostro (que casi siempre se mostraba inexpresivo salvo ante dolor o agitación) cambió totalmente el semblante: sonrió y dirigió la mirada al perro, y aunque no puede expresarse mediante lenguaje verbal, mostró claramente su disfrute desde el principio. Con ello se hizo patente el papel motivador que posee el can desde el primer momento de la terapia. Su familia quedó encantada con el resultado y autorizó la participación en el resto de sesiones. La terapeuta se encargaba de realizar fotografías y videos personales durante las sesiones para poder mantener informados a los familiares de la manera más ilustrativa posible, hecho que les encantó y agradecieron mucho.

Con el fin de fomentar el vínculo y facilitar el acercamiento, tanto en esta como en las siguientes sesiones, se emplearon premios para los perritos por parte de su técnico y por supuesto, por parte los usuarios. Los movimientos del animal sirvieron para captar y mantener la atención de los pacientes. Esta primera sesión culminó con el acercamiento físico de cada participante a cada perro (en este caso Pecas y Padi), mostrando el interés suscitado, así como el disfrute y satisfacción con la terapia. Después de miles de caricias y juegos sencillos se procedió a la despedida, nombrando a cada miembro del grupo para decir "hasta el próximo día" a los dos canes que tanto cariño y atención provocaron desde el principio.

Para la planificación y desarrollo (8) de las siguientes sesiones, los técnicos se encargaban de emplear estrategias de interacción perro- persona, técnicas de modulación y refuerzo a través del animal y vínculos afectivos. Trabajaron, junto con la T.O. del centro, en el campo de la expresión de las emociones, interés, coordinación, estimulación sensorial, motivación, habilidades sociales, memoria, actividades de la vida diaria, psicomotricidad, esquema corporal, orientación temporo- espacial y otros compo-



Elaboración propia. Garbanzo con P.L.R. 2017.

nentes cognitivos afectados en este colectivo (cálculo, reconocimiento, fijación, atención, concentración...). Cada día se ejercitaban determinados aspectos en función de los objetivos planteados previamente, estableciendo una estructura como la siguiente (26):

- Bienvenida.
- TOR: Orientación espacial, temporal y personal.
- Recordatorio de lo que se hizo el último día y de los nombres de los terapeutas, usuarios y perros.
- Actividades, juegos y ejercicios donde se trabajen los objetivos planteados. Primero se presenta la tarea a realizar ese día, aunque lo conveniente es ofrecer distintas actividades para que puedan elegir (cuando sea posible) en función de sus gustos y preferencias. Durante las sesiones se dan explicaciones claras y sencillas, utilizando un lenguaje adaptado a las capacidades de las personas.
- Despedida.
- Evaluación individual y grupal de los resultados de la intervención.

En la *segunda sesión* se hizo patente el resultado de la primera: los pacientes estaban contentos desde que se levantaron esa mañana, ya que sabían que se esperaba la visita de sus nuevos amigos. Algunos incluso desearon vestirse con sus mejores galas para ello. Desayunaron y charlaron con sus compañeros de mesa sobre los perros, expresando gran alegría y entusiasmo con la esperada sesión de TAP. Una vez en la sala de terapia se mostraban expectantes y deseosos de la llegada de Hachiko. Cabe destacar que ciertos usuarios no presentaban una postura adecuada en la silla de ruedas (como es el caso de M.M.A) y ante la presencia de los perros realizaron la corrección de su postura (casi de forma automática) en la silla para facilitar la interacción con los canes. Al llegar al centro del círculo en la sala de terapia, moviendo sus colas y realizando un recorrido por

cada participante para saludarlo, comenzaron a llamarlos por sus nombres (aunque evidentemente no en todos los casos), llenando el ambiente de afecto y diversión (la sonrisa estaba presente desde el momento que iban hacia la sala de terapia, y veían a los perros, con sus movimientos y juegos). En esta segunda sesión se llevó a cabo el *"taller de aseo personal"*, acudiendo los 3 perros (Garbanzo, Pecas y Padi). El objetivo era que los participantes adquirieran la responsabilidad del cuidado y aseo de los perros. Con la ayuda de una mesa auxiliar grande, se iba acercando cada can a la persona para proceder al desarrollo de la tarea, empleando peines, colonia, guantes para cepillado, pañuelos, lazos y otras prendas de ropa canina. El resultado fue muy positivo, mejorando la comunicación verbal entre ellos y con los animales, la capacidad de praxis (concretamente en 2 pacientes con escasa movilidad voluntaria y estado somnoliento) y el sentimiento de utilidad y autoeficacia, potenciando además el vínculo persona-perro. Con este ejercicio se potenció la coordinación, la conciencia corporal, la propiocepción, y la motricidad



Elaboración propia. D.S.V. cepillando a Padi. 2017.



Elaboración propia. M.L.P. cepillando a Garbanzo. 2017.



Elaboración propia. M.M.A. acariciando a Padi. 2017.

fina y gruesa entre otros aspectos. La sesión culminó con la despedida hasta la próxima visita, de uno en uno con cada animal, mostrándose más afectivos cada vez con ellos, ya considerados como parte de sus vidas en la mayoría de los participantes. Les agradecieron la visita y el cariño recibido en cada sesión. De hecho, en llamadas a familiares realizadas tras la sesión de TAP, algunos les contaban anécdotas vividas en el transcurso de las sesiones, expresando gran alegría y entusiasmo por las visitas caninas venideras. En este punto tanto los pacientes como sus familias se mostraban totalmente satisfechos con la terapia.

Durante las siguientes sesiones se llevó a cabo un programa de psicomotricidad con el objetivo prioritario de estimular la movilidad (especialmente de los miembros superiores) y la coordinación:

- *“Contacto físico y caricias”*: Se aproximaba cada can a cada participante, situándose a una altura accesible para dicho contacto (con la ayuda de una silla, mesa auxiliar

o incluso en los casos que se deseara y fuera posible, en el mismo regazo de la persona). Durante la tarea los pacientes acariciaban (mediante distintas intensidades, movimientos circulares, cosquilleo...) a los animales en diferentes partes de su cuerpo, jugueteaban con ellos, los acomodaban... este ejercicio no sólo potencia la capacidad de praxis, sino también fortalece el vínculo creado. Sin embargo hay que mencionar que la mayoría de los usuarios preferían mantener cierta distancia con los perros: sólo tres de ellos permitieron la invasión de su espacio vital (apoyo de la cabeza del perro en el regazo, acercamiento afectivo al rostro...). El motivo posiblemente era cierto respeto hacia “las posibles conductas impulsivas de los canes” y la negativa a ser lamidos y llenarse de pelos, aunque no hubo ningún tipo de



Elaboración propia. P.L.R quitándose los pelitos de perro. 2017.



Elaboración propia. M.L.P. acariciando a Padi. 2017.



Elaboración propia. P.L.R recibiendo a Pecas con un abrazo. 2017.

problema en el desarrollo de las sesiones. Otros aspectos ejercitados con esta actividad son la conciencia corporal, la propiocepción, la movilidad de miembros superiores...

- *"Circuitos para el paseo"*: De manera individual, cada participante le colocaba la correa uno de los perros y lo paseaba por la sala. Este circuito estaba delimitado previamente por la T.O. mediante sillas y pivotes. Dado que la mayoría de los participantes iban en silla de ruedas y



Elaboración propia. D.S.V dispuesta a pasear a Padi. 2017.



Elaboración propia. A.P.L. paseando a Pecas. 2017.

su marcha era bastante dificultosa, el técnico en TAP o la terapeuta empujaba dicha silla mientras el paciente llevaba la correa paseando al can. Dos de ellos sí realizaron el paseo deambulando, con la ayuda y el apoyo del técnico y de la terapeuta. Un ejercicio importante era el cambio de mano para portar la correa, ya que aporta beneficios extra y un mayor control de la situación. En estos casos se iban realizando adaptaciones del terreno para potenciar los beneficios en las diferentes sesiones según el nivel de ejecución y tolerancia mostrados en la primera sesión (rampas, obstáculos...). También se llevaron a cabo paseos conjuntos (dos pacientes a la vez con dos perros, mientras los demás observaban la tarea y el proceder). Con este ejercicio se potencia la coordinación motora, la marcha, el equilibrio, la lateralidad e integración de ambos hemisferios, la atención, el esquema corporal, la propiocepción, la concentración y, por supuesto, la orientación (sobre todo espacial).

- *"Juego del dado"*: Cada participante lanzaba un dado gigante (realizado por la terapeuta) y en función del número obtenido el paciente tenía que desarrollar una determinada tarea: por ejemplo con un 1 tenía que contar una anécdota sobre un perro; con un 2 tenía que ponerse en pie y llamar a un perro concreto; con un 3 tenía que ponerle al animal la correa y quitársela 3 veces; con un 4 tenía que describir 5 características del can determinado; con un 5 tenía que disfrazar al perro con los elementos disponibles; y con un 6 tenía que imitar lo que hacía el animal (guiado por el técnico).
- *"Lanzamientos"*: (40) Los técnicos y la T.O. prepararon una serie de objetos (juguetes) para que se los lanzaran a los perros uno por uno. Para ello, la terapeuta motivaba a cada participante a que utilizara la mano con menos movilidad si la hay, ayudándole sólo en lo estrictamente necesario. Los lanzamientos se hacían al centro del círculo lo más lejos posible tras captar la atención de



Elaboración propia. Sesión de psicomotricidad en grupo. Juego de los aros. M.M.A y M.L.P.

los canes, para que acudieran rápidamente a su recogida y los devolvieran a la persona que lo lanzó. Una vez recibido el objeto se lo pasaba (con la ayuda necesaria por parte del equipo) al usuario de al lado para que repitiera la tarea. Como variante podían colocarse aros de colores en el suelo. El perro podría llevar un juguete a cada usuario y según el color de dicho objeto debería lanzarlo al aro correspondiente, añadiendo así beneficios extra al ejercicio.

- “Aros”: El perro se colocaba a dos patas enfrente de cada participante. La terapeuta se colgó aros de distintos co-



Elaboración propia. Pecos saltando a través del aro que sujeta M.M.A. 2017.



Elaboración propia. Pecos dispuesto a saltar a través del aro que sujeta M.L.P. 2017.

lores en el brazo y le indicó a cada uno que lanzara uno concreto. Cuando el paciente cogía el aro correcto lo lanzaba al perro procurando que el perro quedara en el centro del mismo, realizando el ejercicio con precaución de no dañar al animal (eran aros grandes y la distancia de separación entre perro y paciente era corta).

- “Aro desmontable”: El perro les iba acercando a cada uno una pieza del aro que debían ir encajando. Cada paciente se lo pasaba a su compañero de la derecha para que continuara con el montaje. Cuando estaba completamente armado lo sostenía a cierta altura con su brazo y le indicaba al perro que saltara a través del mismo. Se repitió la tarea hasta que lo habían realizado todos. Con ello, se ejercita la capacidad de praxis y la movilidad de MMSS entre otros aspectos. También podría realizarse con un aro normal.
- “Pelotas”: Con el aro anterior, y como continuación de la actividad previa, el técnico y experto repartió pelotas pequeñas a los usuarios para que éstos las lanzaran y las colaran a través del aro. Si lo conseguían, el perro realizaba una pirueta, hecho que les motivaba aún más a lograr su objetivo, fomentando las risas y el disfrute de la tarea.
- “Churro”: Entre dos usuarios sujetaban el churro a diferentes alturas, en función de las capacidades de cada uno. El técnico y experto indicaba a cada perro que salte por encima, dándole un premio uno de los 2 pacientes una vez realizado el salto. La actividad se repitió hasta que todos los participantes habían realizado la tarea. El hecho de colaborar en las piruetas y acrobacias de los canes potenció mucho la motivación hacia la acti-



Elaboración propia. Juego de las pelotas. 2017.



Elaboración propia. A.P.L. premiando a Garbanzo al realizar la orden que ella misma le ha dado. 2017.



Elaboración propia. Sesión de psicomotricidad en grupo. Pecas dispuesto a saltar por encima del churro que sostiene D.S.V. y M.M.A.

vidad, fomentando la risa y el sentido del humor. Otros aspectos que se ejercitan con este tipo de actividad es la movilidad y control muscular y postural, el esquema corporal, el trabajo en equipo y la concentración.

Entre las sesiones de psicomotricidad, se fueron intercalando otros tipos de ejercicios siempre que era posible (40):

- “Órdenes verbales”: Cada participante le daba a uno de los perros una orden sencilla como “sienta”, “tumba”... administrándole un premio cuando la realizaba (con ayuda del técnico). En los casos en los que era posible esta tarea se llevaba a cabo de pie para obtener el máximo beneficio con la tarea. Con este ejercicio de comunicación oral se ejercita, entre otros aspectos, la movilidad y coordinación, sobre todo de la parte superior del cuerpo.



Elaboración propia. M.M.A. premiando a Padi al realizar la orden de tumbarse sobre su regazo. 2017.



Elaboración propia. A.T.M. premiando a Garbanzo al realizar la orden de ponerse junto a ella sentada en una silla. 2017.

- **“Tira y afloja”**: De uno en uno, cada usuario agarraba un objeto (toalla, trapo, tirador, juguetes...) del que el perro debía intentar tirar con la boca. Al empezar la persona llamaba al perro y le indicaba que se sentara, invitándolo entonces a jugar con él sin dejar que se llevara el objeto o que este cayera al suelo (tenía que haber tensión entre los dos, pudiendo aumentarla gradualmente para potenciar el fortalecimiento de los miembros superiores, la motricidad gruesa, la prensión y liberación de objetos). Después el paciente le daba la orden de soltarlo (si no lo hacía se interrumpía el juego). Con este ejercicio se fomenta, entre otros aspectos, la autoestima, el contacto físico y el vínculo entre perro- paciente.
- **“Pictogramas”**: Cada usuario elegía una tarjeta mnemotécnica o pictograma, que indicaba una acción a realizar con el perro (que lo tocara, lo cepillara, que el can se sentara o ladrara...), un objeto a localizar por la sala, una parte del cuerpo del animal, alguna de sus pertenencias... Debía identificar dicha acción/ objeto y llevarla a cabo (con la ayuda necesaria por parte del técnico o la terapeuta). Esta actividad refuerza el reconocimiento, la atención, secuenciación, la memoria y la creatividad entre otros aspectos (estas tarjetas pueden fabricarlas ellos mismos bajo indicación, aportando un beneficio extra y potenciando el vínculo con el programa de TAP). Los pictogramas pueden representar también personas realizando actividades cotidianas, las cuales deben describir los usuarios. Además, como variante el perro puede llevar una bolsa con varias tarjetas que representan distintos objetos. El usuario debe describir todo lo que sepa sobre el que le ha tocado (por ejemplo un peine: dónde lo guardamos, para qué sirve...). También puede trabajarse la categorización, nombrando palabras de la misma categoría (cepillo, laca, horquillas...) ejercitando con ello la evocación, denominación y el léxico.
- **“Memorización”**: El guía le daba una serie de órdenes consecutivas (dos, tres, cuatro...) a cada paciente para que las memorizara y las dirigiera al perro en el mismo orden. Para facilitar la tarea se realizó una demostración previa. Además, al igual que en el resto de ejercicios, se iba aportando la ayuda necesaria para el desarrollo de la actividad.
- **“Descripción”**: El perro iba cogiendo objetos cotidianos preparados en una caja previamente (pañuelos, cepillo, monedero, peine...) y se los llevaba a los usuarios por turnos. Cada uno, al recibirlo, tenía que identificarlo y realizar una descripción lo más completa y detallada posible. También podía responder preguntas sobre él. Finalmente se lo devolvía al animal para que lo regresara a la caja. Con este ejercicio se potencian multitud de aspectos, como la memoria semántica, el reconocimiento, la atención, motricidad y concentración entre otros.
- **“Estereognosis”**: Se realizó de la misma forma que la actividad anterior, pero en este caso los participantes llevaban los ojos vendados. El perro les iba llevando objetos con la boca y cada uno tenía que identificarlo y describirlo, así como explicar su uso. Para facilitar la tarea antes de comenzar se mostraron todos los objetos y se les dejó manipularlos. Con ello ejercitamos el reconocimiento, el tacto, la comunicación y fluidez verbal entre otros aspectos.



Elaboración propia. D.S.V. hablando de los perritos que tuvo mientras abraza a Pecas. 2017.

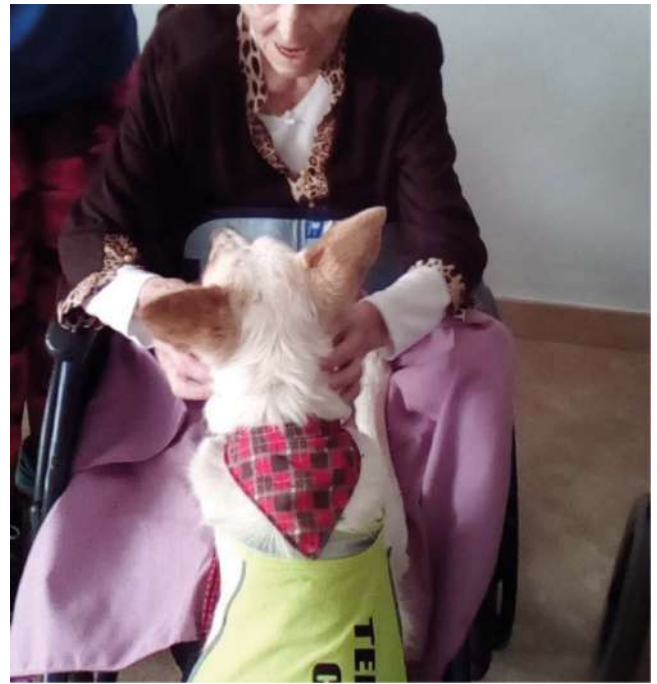
- **“Espejo”**: Con el perro enfrente, cada usuario debía tocarse la parte del cuerpo que el guía tocaba del can, identificándola y nombrándola. También imitó las acciones que llevaba el perro a cabo, como rascarse una oreja, sacar la lengua... Esta actividad potencia el esquema corporal y la propiocepción, entre otros componentes.
- **“Ráscame la tripita”**: Tanto con los miembros superiores (colocando al perro a la altura de la persona) como con los inferiores (situando al perro frente al usuario de manera que quede perpendicular a sus piernas estando éste sentado, tocando la barriga del perro con un pie o con los dos levantándolos, dibujando círculos con ellos...). Con este ejercicio se trabajan los mismos aspectos que en los anteriores.
- **“Animales”**: Con el perro como elemento de inspiración, los usuarios hablaron de otros animales (similares o diferentes), contando sus experiencias con ellos, explicando las semejanzas entre unos y otros... estimulando el lenguaje verbal, la expresión, la evocación y la memoria entre otros aspectos.
- **“El pañuelo”**: Entre varios pañuelos de colores, el técnico iba indicando a cada usuario el que debía poner al perro según el color propuesto, o el que coincidiera, por ejemplo, con el collar del animal. Con ello se potencia la discriminación, atención y el reconocimiento, así como la conciencia corporal.
- **“Arte”**: Se hicieron dibujos y se cantaron canciones... en torno siempre al perro (pudiendo ser el modelo o el inspirador). Uno de los participantes se atrevió a recitar un poema que conocía sobre este animal, creando un ambiente emotivo que el resto de compañeros aplaudió. Con esta actividad se ejercita la memoria, la evocación, el léxico, la comunicación, las habilidades sociales y la creatividad; entre otros aspectos.
- **“Alimentos”**: Se colocaron en una mesa una serie de alimentos. La terapeuta iba dando pistas a cada usuario sobre el alimento que quería que el perro recogiese, y

cuando lo adivinaba le daba la orden al perro con la ayuda del técnico. Éste se lo llevaba al participante y una vez en su poder tenía que describir dicho alimento, indicar en qué comidas o platos se utiliza, su experiencia con él... luego se lo devolvía al perro y éste lo regresaba de nuevo a la mesa, a la espera de la orden del siguiente usuario. Con ello se trabajan aspectos como el reconocimiento, el léxico, la evocación, la memoria y la socialización (en algunas partes de la actividad hubo debates sobre las comidas, incluso risas al compartir sus experiencias).

- *“El cartero”*: Los participantes escribieron sus nombres en un papel que introdujeron en el peto del perro. Éste iba uno a uno para que sacaran un papel y leyera el nombre en voz alta, indicando alguna cualidad o característica de esa persona (gafas, ropa oscura...). La terapeuta proporcionaba las indicaciones o ayuda necesaria para la correcta ejecución de la actividad. Después dicha persona repetía la acción y así hasta que participaron todos. De esta manera se potencian multitud de aspectos, como el reconocimiento, la memoria, la atención y el lenguaje verbal.
- *“Cálculo”*: Se dispuso una serie de cartulinas con un número impreso, sobre una mesa. El perro iba cogiendo las cartulinas con la boca y las repartió entre los participantes, quienes debían sumar o restar sus números según la indicación de la T.O. Si el resultado era correcto el técnico daba al can la orden de mostrar afecto por esa persona y ésta, le daba un premio. Por el contrario si no era correcto se pedía la colaboración de los compañeros, muy motivados por la afectividad del animal. Con esta actividad no sólo se ejercita el cálculo, sino también el vínculo persona-perro y la interacción social.

A parte de los ejercicios anteriores, también se llevaron a cabo otros cuyo objetivo prioritario era mejorar las relaciones en el grupo (40), fomentando la comunicación entre los pacientes, la expresión de las emociones y la empatía. Este grupo de ejercicios resultó un poco más complicado de desarrollar en nuestro grupo, ya que precisaron más ayuda. La T.O. y el técnico actuaban de moderadores y facilitadores de la tarea:

- *“Habilidades”*: Los participantes se dividieron en dos grupos. Cada uno debía indicar al perro que realizara tres acciones. Ganaba el equipo que consiguiera el mejor resultado en el animal. La terapeuta y el técnico eran los jueces, aunque también votaron ellos mismos.
- *“Peluquería”*: Parecido al taller de higiene, pero las tareas se realizaron en grupo. Se dispuso al perro sobre una mesa preparada para ello, y se situó a los participantes alrededor. Entre todos tenían que quitarle al perro el collar y el peto, limpiarle las orejas con una toalla húmeda, poner gotas de suero fisiológico en los ojos para limpiarlos, cepillarle por todo el cuerpo... Resultó todo un trabajo en equipo muy gratificante, finalizando con el premio al can por su buen comportamiento y dejarse hacer. Ellos terminaron muy contentos y satisfechos de lo guapos que habían dejado entre todos a los canes.
- *“Estaciones del año”*: De la misma forma, se colocó en la mesa una serie de elementos textiles para el perro (gafas



Elaboración propia. M.L.P describiendo la emoción que expresa Pecas. 2017.

de sol, gorra, bufanda...) y los usuarios debían ir vistiendo al perro en función de la estación que le indicaba la terapeuta. Después entre todos aportaban información sobre dicha época del año (prendas de vestir, alimentos y comidas propias de la estación, festividades...), resultando un ejercicio muy completo en grupo con el perro como elemento principal.

- *“Emociones”*: Bajo la orden del técnico, el perro expresaba diversas emociones que los usuarios debían interpretar y describir uno a uno, debatiendo entre ellos. Fue un ejercicio muy divertido y dinámico.
- *“Comida”*: Con la misma disposición que en la actividad anterior, los usuarios le dieron pienso y galletas al perro. También podían introducirlo en un juguete para ello y lanzarlo para que el animal corriera tras él e intentase sacar el alimento, aumentando con ello el beneficio de la tarea.
- *“Acrobacias”*: Los usuarios (sentados) se colocaron formando un circuito que dejaba un espacio central, separando las piernas. Ante la orden del técnico, el perro iba pasando por debajo de las piernas de todos y culminaba con una pirueta o acrobacia (pasando por un aro elevado, realizando varios saltos seguidos...) en el centro del espacio para que todos los vieran y lo comentasen. Los participantes también podían contribuir sujetando los aros, dificultando la acción al animal (cruzando las piernas por ejemplo), agarrándose de las manos para que el perro salte por encima... potenciando con ello el éxito de la actividad grupal.

Por último, se realizaron un conjunto de actividades de relajación, utilizando al perro como herramienta tranquilizadora. Esto sirvió como espejo para hablar de diversos temas, hábitos, gustos, problemas... estimulando la comunicación y expresión, la empatía, mejorando las habilidades sociales, potenciando las relaciones interpersonales...

Cabe mencionar que todas las sesiones descritas pueden variar y adaptarse en función de los objetivos planteados previamente, del estado de los participantes o de las preferencias y motivaciones del grupo.

En personas con gran deterioro cognitivo, además, el perro funciona como ayudante al igual que ocurre en cierto tipo de discapacidades o patologías. Por ejemplo, sirve de apoyo para una deambulación guiada en los casos en los que es posible, reduciendo la agitación y conductas estereotipadas; y mejorando la coordinación y el equilibrio (estático y dinámico) en la marcha. El animal en sí ya actúa como motivador y elemento tranquilizador, por lo que facilita y fomenta la tarea, resultando una terapia integral muy divertida, dinámica y social.

Valoración inicial

Previamente al desarrollo de la TAP, la T.O. llevó a cabo una evaluación geriátrica integral de cada usuario para identificar los aspectos susceptibles de mejora con dicha terapia, como ya se ha mencionado anteriormente. En la valoración se pasaron 4 escalas específicas a cada persona: Barthel, Mini mental de Lobo, Escala de depresión geriátrica de Yesavage y Escala adaptada de la quality of life scale for severe dementia (anexos). Posteriormente, durante el desarrollo de las sesiones, la observación clínica por parte de la terapeuta también aportó bastante información relevante sobre los resultados que se iban alcanzando.

Valoración final

Después de los 6 meses de terapia canina se volvió a someter a los participantes a las mismas escalas para comparar los resultados.

- Índice de Barthel (ANEXO II): Dos de los 6 participantes habían ganado autonomía en las áreas del vestido-aseo personal y en la alimentación, al potenciar la movilidad de los miembros superiores, la coordinación y el esquema corporal. Además se sentían mucho más motivados hacia cualquier tarea, lo que supuso una mejoría evidente y empírica de la terapia. El resto de usuarios habían conseguido mejorar algunas habilidades implicadas en las ABVD, aunque no fueron suficientes para ganar una autonomía relevante.
- Miniexamen cognoscitivo de Lobo (MEC, ANEXO III): Todos los pacientes consiguieron entre 2 y 5 puntos más en el test, especialmente en atención, concentración y memoria.
- Escala de depresión geriátrica de Yesavage (ANEXO IV): Aunque las puntuaciones iniciales no indicaban la presencia de depresión en el grupo, en la valoración final todos los participantes mejoraron los resultados en la escala.
- Escala adaptada de la Quality of life scale for severe dementia (ANEXO I): Estas puntuaciones fueron las más relevantes a la hora de considerar el aporte de la TAP en el grupo reducido de pacientes con Alzheimer seleccionado, ya que las puntuaciones se doblaron en todos los casos, mostrando empíricamente como dicha terapia con-

tribuye a la mejora del estado de ánimo de los usuarios, potenciando las risas, la calma, la felicidad y con todo ello, la calidad de vida.

Por otro lado cabe destacar el caso de uno de los participantes, que presentaba agitación puntual muy impulsiva, llegando incluso a agresividad verbal y aspavientos. Durante los meses de terapia no sólo no aparecieron dichos episodios, si no que por el contrario, el usuario se mostraba más receptivo, social y cariñoso que nunca (él siempre había tenido perros y sentía especial devoción por ellos). Aunque su lenguaje verbal era muy escaso, sus expresiones faciales y la ausencia de crisis de agitación hicieron patente el beneficio de esta terapia. Resulta evidente que los animales sacan lo mejor de uno mismo.

Del mismo modo, el caso de la señora a la que nunca le habían gustado los animales (tal y como señalábamos al inicio de este apartado) fue muy llamativo. Además de alzhéimer esta usuaria presentaba las secuelas de un ictus sufrido hacía unos años, como era la gran espasticidad del mismo superior afecto. Durante el desarrollo de la terapia, se comprobó como el acercamiento de los perros, introduciendo su hocico bajo el brazo en cuestión, relajaba dicha espasticidad, normalizando el tono muscular ante la presencia del animal. Es decir, el can podía introducirse bajo el brazo (que permanecía casi adherido al tronco por la espasticidad tan acusada que presentaba) de manera completa, provocando además en la usuaria un sinfín de risas al conseguirlo.

Por último mencionar a otra participante, que además de Alzhéimer presentaba una ansiedad importante. Ella misma manifestaba como desde el comienzo de la TAP se sentía más tranquila, sin crisis especialmente relevantes. No sabía expresar ni era consciente del por qué, pero se sentía más contenta y calmada (de hecho le redujeron la medicación para la ansiedad a los 3 meses de comenzar la terapia).

El beneficio de la TAP resulta evidente con este trabajo a pesar de ser un grupo reducido en el que se ha desarrollado. Sin embargo los resultados muestran el éxito alcanzado en este colectivo tan mayoritariamente institucionalizado.

CONCLUSIONES (41)

Con este trabajo se hace patente el beneficio de este tipo de terapia en multitud de patologías, y concretamente en este caso en pacientes con alzhéimer (considerada para muchos, la plaga del siglo XXI). Además, cada vez hay más evidencias científicas (como ensayos clínicos, estudios y publicaciones) que la respaldan. Por ello, no cabe la menor duda de que el futuro de dicha terapia es alentador e inminente, debido no sólo a los motivos descritos en este trabajo, sino además porque como todos saben el perro es el mejor amigo del hombre, y la mejor medicina el amor. Como también se menciona en el presente escrito, la predicción del aumento significativo del número de personas con alzhéimer en los próximos años hace que las terapias alternativas y complementarias adquieran un papel importante en el tratamiento y mejora de la calidad de

vida de dichos pacientes, por lo que la TAP supone un recurso cada vez más utilizado en multitud de campos diferentes, pero sobre todo en instituciones geriátricas donde la mayoría de usuarios presentan dicha enfermedad en auge. Esto se debe, como también se detalla en este trabajo, al envejecimiento progresivo de la población, aumentando gradualmente la esperanza de vida (aunque de manera diferente según la localización geográfica).

Se debe continuar en esta línea de investigación para aportar datos a nivel científico para el desarrollo de esta enfermedad (EA) y de la TAP, que hasta el momento estaba siendo evaluada de manera subjetiva (41) o mediante observación clínica. Se hace precisa la realización de otros estudios de calidad metodológica para definir los mejores programas para la aplicación terapéutica canina.

Del mismo modo, resulta evidente que la TAP maximiza su eficacia en pacientes que habían tenido perro en sus hogares, o en aquellos que siempre han adorado a los perros pero no han tenido oportunidad de tener uno (en esta patología son frecuentes las regresiones vivenciales del pasado). Sin embargo, como muestra el presente trabajo, incluso en personas que nunca han sentido atracción por este tipo de animales es posible alcanzar un resultado objetivo bastante exitoso, aunque por supuesto no significa que siempre vaya a ocurrir lo mismo.

Por otro lado, a los beneficios obtenidos mediante la TAP en pacientes institucionalizados con alzhéimer, se le suma el aporte social de dicha terapia, ya que como se explica en el trabajo, los perros actúan de lubricante social y catalizador de emociones, por lo que potencian aún más la calidad de vida de dichos usuarios. Esto hace patente la aplicación de la terapia canina en ámbitos psicosociales y en instituciones públicas donde se produce de alguna forma el aislamiento de las personas.

Respecto a la legislación, como bien se exponía en apartados anteriores, por desgracia no se dispone de ninguna en España, por lo que se acogen a la que existe en relación con los perros guía.

Merece la pena mencionar, para finalizar este trabajo, que el término biofilia (41) fue acuñado por E. O Wilson en 1984, refiriéndose a la predisposición de los humanos hacia la naturaleza y a la mejora de la salud y bienestar mediante el contacto con ella. Como elemento natural en cuestión en este tipo de terapia se encuentra el perro, un ser cuya aceptación no tiene límites, no juzga, y promueve el amor y la relación con el entorno. Por ello, la terapia canina resulta tan beneficiosa en este tipo de pacientes, ya que con el tiempo van perdiendo la capacidad para comunicarse verbalmente y con los animales dicha interacción no es imprescindible (comunicación no verbal).

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS, 21 Septiembre 2020.
2. Manual de estimulación cognitiva en la enfermedad de Alzheimer. Experto universitario en demencia tipo Alzheimer. Formación Alcalá. 2021
3. Fundación Afinity. Qué es la intervención asistida por animales de compañía. IAA. 2020
4. España, EEUU, Alemania, México, Suecia, etc. Múltiples estudios científicos -publicados en revistas como el JAMA, Journal of Children Adolescent Psychiatry Nursing, Journal of Gerontology Nursing, Journal of Psychosomatic Medicine, Neuropsychologia...
5. Tucker, M. (2004). The Pet Partners Team Training Course Manual. Bellevue, WA: Delta Society. En Ristol F. & Domènec E. (2011). Terapia Asistida con animales. I Manual práctico para técnicos y expertos en TAA. Barcelona: CTAC Ediciones.
6. Fundación Afinity. Animales de compañía y seres humanos, historia de una relación.
7. Fundación Afinity. Un paseo por la historia de la Terapia Asistida con Animales.
8. Nubika. Historia de la Terapia Asistida con Animales. 2020
9. Manual de Introducción a las IAP. Nicolás Montes, terapeuta canino en Hachiko. Universidad de Granada. 2017.
10. Martínez Abellán, R. (2008). La terapia asistida con animales: una nueva perspectiva y línea de investigación en la atención a la diversidad. *Indivisa: Boletín de Estudios de Investigación*, 9.
11. Estado del arte sobre los efectos de la terapia asistida con perros en el tratamiento de enfermos de alzheimer. *International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD Revista de Psicología*, Nº2-Vol.1, 2014. ISSN: 0214-9877. pp:271-282.
12. Eva Torres Martínez. Terapia asistida por animales de compañía aplicada en una residencia geriátrica. Un modelo de intervención. Dialnet Unirioja 2006.
13. Kathie M.C, Anna G, Neil S, Jenny K. Animal assisted therapy in patients hospitalized with heart failure. *AJCC: American Journal of Critical-care*. 2007. 16: 575- 585.
14. Lynda R, Helene C, Nathalie B, Chantal C, Noel C, Chantale D. Effectiveness of a rehabilitation dog in fostering gait retraining for adults with a recent stroke: A multiple singlecase study. *Neurorehabilitation* (2010) 27: 155- 163 DOI. IOS Press
15. Alessandra B, Marta B, Livia T, Flavia C, Enrico A, Francesca C. Developing effective animal-assisted intervention programs involving visiting dogs for institutionalized geriatric patients: a pilot study. DOI 10.1111/J. 1479-8301.2011.00393.x. *PSYCHOGERIATRICS* 2012; 12: 143- 150.
16. Zoran V.Z, Marijana L, Belie M, Damir S, Nika B.B, Gabrijele J, Branimir S, Ljijana B, Damir Z. Animal assisted therapy and perception of loneliness in geriatric nursing home residents. *Coll. Antropol.* 37 (2013) 3: 973- 976.

17. Terapia asistida por animales de compañía. Bienestar para el ser humano. M. P. ZAMARRA SAN JOAQUÍN. 2002
18. Sunrise medical: Todo sobre las terapias asistidas con animales. 2018
19. Rafael Martos-Montes 1, David Ordóñez-Pérez 2, Inmaculada de la Fuente-Hidalgo 1, Rafael Martos-Luque 2 y M^a Rosario García-Viedma 1. 1 Departamento de Psicología. Universidad de Jaén, España. 2 Departamento de Terapia asistida con animales. Perruneando, Jaén, España Intervención asistida con animales (IAA): Análisis de la situación en España Escritos de Psicología, Vol. 8, nº 3, pp. 1-10 Septiembre-Diciembre 2015
20. El mundo: los perros entran en el hospital. María Valero. Madrid 2016.
21. Schnauzi: Un hospital canadiense permite a los pacientes que sus mascotas los visiten. 2016
22. ABC. Carmen Aniorte. Mascotas, compañeros de terapia. Madrid. 2016
23. La voz de Galicia. Madrid contará con perros para hacer terapias en colegios, hospitales y residencias de mayores. 2017.
24. La voz de la madre tierra. Este hombre estaba en estado de coma y despertó gracias a la visita de su perro en el hospital. 2019
25. Saludiaro. Anciano reaccionó del coma luego de la visita de su perro. 2017
26. Martínez Artime, A. Matilla Martínez, M. Todó Llorens, M. "Terapia Asistida con Perros" [Tesis on line]. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona Facultad de Veterinaria: 2011
27. Elisa Pérez Redondo. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imsero) 2016
28. Burch M. Volunteering with your pet, how to get involved in animal – assisted therapy with any kind of pet. New York: Howell books; 1996.
29. Wells, D. L. (2007). Domestic dogs and human health: An overview. *British Journal of Health Psychology*, 12, 145– 156.
30. El País: El Hospital de Torrejón (Madrid) reduce un 60% la medicación por depresión gracias a la terapia con animales. Carolina Pinedo. 2016
31. Beck, A.M. (1997). La relación de las personas mayores: compañía, salud y calidad de vida. Fundación Purina. (Ed.), *Animales de compañía fuente de salud*. Comunicaciones III congreso internacional (pp. 17-32). Barcelona: Fundación Purina.
32. Marta Romo, Pedagoga y Terapeuta de la Asociación LealCan de Integración Canina. Enrique Solís, Director y Adiestrador de LealCan.
33. Serpell J. A., *, Coppingery R., Finez, A. H., Peraltax, J. M. Welfare considerations in therapy and assistance animals* University of Pennsylvania, y Hampshire College, z California State Polytechnic University, x Western University Handbook on Animal-Assisted Therapy.
34. Sgnes Llopis, M.A. La utilización del Canis Familiaris en Terapia o en Actividades Asistidas por Animales.
35. Manual de Terapia Asistida con Animales Fundación Bocalán España – Asociación Bocalán Perú. II Curso de formación en Terapia Asistida con Animales Lima – Perú 2012- 2013
36. Adiestrador canino (enciclopedia web del perro). Jesús Gutiérrez 2012. Test caracterológicos.
37. Fundación Affinity Consejos para seleccionar el perro perfecto para terapia.
38. Fundación Affinity: Ética o decálogo de las buenas prácticas de las terapias asistidas con animales.
39. Fundación Affinity: ¿Cómo puedo obtener una acreditación para habilitar a mi perro a desempeñarse en las IAA?
40. JBI Actividades asistidas por perros (AAP) para personas mayores que residen en centros de cuidados a largo plazo. *Best practice* 15 (13) 2011.
41. Fundación Affinity. Protocolos de actividades para gente mayor en un programa de terapia asistida por animales (TEAAC) Mona Tellier y Maribel Vila. Protocolo de ejercicios para Terapias Asistidas con Animales para Residencias Geriátricas.
42. Terapia Asistida con Animales en ancianos institucionalizados: Los efectos de la caniterapia en los procesos emocionales y conductuales. M^a del Carmen Ortiz Gamero. 2013.

ANEXOS

Anexo I. Escala adaptada de la quality of life scale for severe dementia (Garre-Olmo et al., 2010)

A. Sonríe

1. Espontáneamente una vez o más al día
2. Espontáneamente menos de una vez al día
3. Sólo como respuesta a estímulos externos; como mínimo una vez al día
4. Sólo como respuesta a estímulos externos; menos de una vez al día
5. Casi nunca o nunca

B. Parece triste

1. Casi nunca o nunca

2. Sólo como respuesta a estímulos externos; menos de una vez al día
 3. Sólo como respuesta a estímulos externos; como mínimo una vez al día
 4. Sin razón aparente, menos de una vez al día
 5. Sin razón aparente, una vez o más al día
- C. Lloro
1. Casi nunca o nunca
 2. Sólo como respuesta a estímulos externos; menos de una vez al día
 3. Sólo como respuesta a estímulos externos; como mínimo una vez al día
 4. Sin razón aparente, menos de una vez al día
 5. Sin razón aparente, una vez o más al día
- D. Tiene una expresión facial de malestar - parece infeliz y/o con dolor (parece preocupado, hace muecas, arruga la piel o frunce las cejas)
1. Casi nunca o nunca
 2. Menos de una vez al día
 3. Como mínimo una vez al día
 4. Aproximadamente durante la mitad del día
 5. Durante la mayor parte del día
- E. Parece físicamente incómodo, se retuerce y, a menudo, cambia de posición
1. Casi nunca o nunca
 2. Menos de una vez al día
 3. Como mínimo una vez al día
 4. Aproximadamente durante la mitad del día
 5. Durante la mayor parte del día
- F. Realiza afirmaciones o ruidos que sugieren malestar, inquietud o infelicidad (quejas, gemidos, gritos y chillidos)
1. Casi nunca o nunca
 2. Sólo como respuesta a estímulos externos; menos de una vez al día
 3. Sólo como respuesta a estímulos externos; como mínimo una vez al día
 4. Sin razón aparente, menos de una vez al día
 5. Sin razón aparente, una vez o más al día
- G. Está irritable o agresivo/a (se enfada, insulta, empuja e intenta golpear a los demás)
1. Casi nunca o nunca
 2. Sólo como respuesta a estímulos externos; menos de una vez al día
 3. Sólo como respuesta a estímulos externos; como mínimo una vez al día
 4. Sin razón aparente, menos de una vez al día
 5. Sin razón aparente, una vez o más al día
- H. Mantiene contacto ocular con un estímulo externo
1. Espontáneamente una vez o más al día
 2. Espontáneamente menos de una vez al día
 3. Sólo como respuesta a estímulos externos; como mínimo una vez al día
 4. Sólo como respuesta a estímulos externos; menos de una vez al día
 5. Casi nunca o nunca
- I. Recuerda el nombre del estímulo externo durante el desarrollo de las sesiones
1. Espontáneamente una vez o más al día
 2. Espontáneamente menos de una vez al día
 3. Como mínimo una vez al día
 4. Menos de una vez al día
 5. Casi nunca o nunca
- J. Recuerda el nombre del estímulo externo entre sesiones
1. Espontáneamente una vez o más al día
 2. Espontáneamente menos de una vez al día
 3. Como mínimo una vez al día
 4. Menos de una vez al día
 5. Casi nunca o nunca
- K. Pregunta por el estímulo externo con el que se trabaja entre sesiones
1. Espontáneamente una vez o más al día
 2. Espontáneamente menos de una vez al día
 3. Como mínimo una vez al día
 4. Menos de una vez al día
 5. Casi nunca o nunca
- L. Muestra intención comunicativa con el estímulo externo
1. Espontáneamente una vez o más al día
 2. Espontáneamente menos de una vez al día
 3. Como mínimo una vez al día
 4. Menos de una vez al día
 5. Casi nunca o nunca

M. Muestra intención comunicativa con el profesional de referencia

1. Espontáneamente una vez o más al día
2. Espontáneamente menos de una vez al día
3. Como mínimo una vez al día
4. Menos de una vez al día
5. Casi nunca o nunca.

N. A través del estímulo externo conecta con el entorno y centra la atención

1. Espontáneamente una vez o más al día
2. Espontáneamente menos de una vez al día
3. Como mínimo una vez al día
4. Menos de una vez al día
5. Casi nunca o nunca

O. Mantiene la atención con el estímulo externo durante las sesiones

1. Espontáneamente una vez o más al día
2. Espontáneamente menos de una vez al día
3. Como mínimo una vez al día
4. Menos de una vez al día
5. Casi nunca o nunca

P. Muestra interés por las actividades

1. Espontáneamente una vez o más al día
2. Espontáneamente menos de una vez al día
3. Como mínimo una vez al día
4. Menos de una vez al día
5. Casi nunca o nunca

Q. Muestra vínculo emocional con el profesional de referencia

1. Espontáneamente una vez o más al día
2. Espontáneamente menos de una vez al día
3. Como mínimo una vez al día
4. Menos de una vez al día
5. Casi nunca o nunca

R. Disfruta comiendo

1. En la mayoría de comidas
2. Dos veces al día
3. Al menos una vez al día

4. Menos de una vez al día

5. Casi nunca o nunca

S. Disfruta tocando y/o acariciando a los demás o cuando lo tocan y/o lo acarician

1. Casi siempre; casi siempre es él/ella quién empieza las caricias
2. Más de la mitad del tiempo; en algunas ocasiones es él/ella quien empieza las caricias
3. Menos de la mitad del tiempo nunca empieza él/ella las caricias pero no se resiste a que le/la toquen
4. Menos de la mitad del tiempo; a menudo o muy frecuentemente se resiste a tocar o a que le/la acaricien
5. Casi nunca o nunca; casi siempre se resiste a ser acariciado o a que le/la acaricien

T. Disfruta interactuando con los demás o estando en compañía

1. Casi siempre; casi siempre es él/ella quién empieza la interacción con los demás
2. Más de la mitad del tiempo; en algunas ocasiones es él/ella quien empieza la interacción con los demás
3. Menos de la mitad del tiempo, pero no se resiste a interactuar con los demás
4. Menos de la mitad del tiempo; a menudo o muy frecuentemente se resiste a interactuar con los demás

U. Parece emocionalmente tranquilo y confortable

1. Casi todo el día
2. Más de la mitad del día
3. La mitad del día
4. Menos de la mitad del día
5. Casi nunca o nunca

Se suman las puntuaciones obtenidas, a mayor puntuación mayor calidad de vida.

Anexo II: índice de Barthel

Comer:

- 10 Independiente (capaz de comer por sí sólo y en un tiempo razonable)
- 5 Necesita ayuda (para cortar carne o pan), pero es capaz de comer solo.
- 0 Dependiente (necesita ser alimentado por otra persona)

Lavarse:

- 5 Independiente
- 0 Dependiente (necesita alguna ayuda o supervisión)

Vestirse:

- 10 Independiente
- 5 Necesita ayuda (realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable).
- 0 Dependiente

Arreglarse:

- 5 Independiente
- 0 Dependiente

Deposición:

- 10 Continente (ningún episodio de incontinencia).
- 5 Accidente ocasional (menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios)

Micción: (valorar la semana anterior)

- 10 Continente (ningún episodio de incontinencia, capaz de utilizar cualquier dispositivo por sí solo)
- 5 Accidente ocasional (máximo un episodio de incontinencia en 24 horas, necesita ayuda en la manipulación de sondas u otros dispositivos).

Ir al retrete:

- 10 Independiente
- 5 Necesita ayuda (capaz de manejarse con pequeña ayuda, es capaz de usar el cuarto de baño, puede limpiarse solo).
- 0 Dependiente

Transferencia sillón-cama

- 15 Independiente.
- 10 Mínima ayuda (supervisión verbal o pequeña ayuda física)
- 5 Gran ayuda (precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada)
- 0 Dependiente (necesita grúa o alzamiento por dos personas, incapaz de permanecer sentado).

Deambulaci3n

- 15 Independiente (puede andar 50 m o su equivalente en casa sin ayuda o supervisi3n; puede usar ayudas instrumentales, bast3n, muletas, excepto andador, si utiliza pr3tesis debe ser capaz de pon3rsela y quit3rsela solo)
- 10 Necesita ayuda (necesita supervisi3n o una peque1a ayuda f3sica por parte de otra persona; precisa utilizar andador)
- 5 Independiente en silla de ruedas (en 50 m no requiere ayuda ni supervisi3n)
- 0 Dependiente

Subir y bajar escaleras

- 10 Independiente
- 5 Necesita ayuda (precisa ayuda o supervisi3n)
- 0 Dependiente (incapaz de salvar escalones)

M3xima puntuaci3n: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)

Resultado Grado de dependencia:

- < 20 Total
- 20-35 Grave
- 40-55 Moderado
- ≥ 60 Leve
- 100 Independiente

Anexo III. Miniexamen cognoscitivo de Lobo (MEC)**1. Orientaci3n**

¿En qu3 a1o estamos?	
¿En qu3 estaci3n del a1o estamos?	
¿En qu3 d3a de la semana estamos?	
¿Qu3 d3a (n3mero)es hoy?	
¿En qu3 mes estamos?	
¿En qu3 provincia estamos?	
¿En qu3 pa3s estamos?	
¿En qu3 pueblo o ciudad estamos?	
¿En qu3 lugar estamos en este momento?	
¿Se trata de un piso o una planta baja?	

2. Fijaci3n

Repita estas tres palabras: "peseta, caballa, manzana". Un punto.

Por cada respuesta correcta. Una vez puntuado, si nos lo ha dicho bien, se le repetir3 con un l3mite de seis intentos hasta que los aprenda. "Acu3rdese de ellas porque se las preguntare dentro de un rato".

3. Concentraci3n y c3lculo


Si tiene 30 pesetas y me da 3 ¿cu3ntas le quedan? ¿y si me da 3?. Hasta 5 restas. Un punto por cada resta correcta.	
Repita estos n3meros 5-9-2 (repetir hasta que los aprenda). Ahora repitalos al rev3s.(se puntu3a acierto en n3mero y orden)	

4. Memoria

¿Recuerda los tres objetos que le he dicho antes?

--	--

5. Lenguaje y construcción

Mostrar un bolígrafo ¿qué es esto?	
Mostrar un reloj ¿qué es esto?	
Repita esta frase "en un trigal había cinco perros" (un punto si es correcta)	
Una manzana y una pera son frutas, ¿verdad?, ¿qué son un gato y un perro? ¿y el rojo y el verde?	
Ahora haga lo que le diga: "coja este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo encima de la mesa" (1 punto por cada acción correcta)	
Haga lo que aquí le escribo (en un papel y con mayúsculas escribimos: "CIERRE LOS OJOS")	
Ahora escriba, por favor, una frase, la que quiera, en este papel (le da un papel y se le dice que no será correcto si escribe su nombre, se requiere una frase con sujeto verbo y complemento)	
Copie este dibujo, anotando un punto si cada pentágono tiene cinco lados y cinco ángulos y están entrelazados con dos puntos de contacto.	
	

La frontera en la que se establece el diagnóstico de demencia es de 23/24 puntos en personas mayores de 65 años o más y 27/28 en menores de esta edad menores de 65 años.

- Una puntuación de 30-35 determina la normalidad, mientras que si es de 25-30 existe un ligero déficit que puede estar originando por otras causas.
- 20-24: Existe un deterioro cognitivo leve.
- 15-19: El deterioro cognitivo es moderado y signo claro de la existencia de una demencia.
- 0-14: Hay un grave deterioro cognitivo que determina una demencia avanzada.

Anexo IV. Escala de depresión geriátrica de Yesavage

Pregunta a realizar	Respuesta
¿Está básicamente satisfecho con su vida?	NO
¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?	SÍ
¿Siente que su vida está vacía?	SÍ
¿Se encuentra a menudo aburrido?	SÍ
¿Tiene esperanza en el futuro?	NO
¿Sufre molestias por pensamientos que no pueda sacarse de la cabeza?	SÍ
¿Tiene a menudo buen ánimo?	NO
¿Tiene miedo de que algo le esté pasando?	SÍ
¿Se siente feliz muchas veces?	NO
¿Se siente a menudo abandonado?	SÍ
¿Está a menudo intranquilo e inquieto?	SÍ
¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	SÍ
¿Frecuentemente está preocupado por el futuro?	SÍ
¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SÍ
¿Piensa que es maravilloso vivir?	NO
¿Se siente a menudo desanimado y melancólico?	SÍ
¿Se siente bastante inútil en el medio en que está?	SÍ
¿Está muy preocupado por el pasado?	SÍ
¿Encuentra la vida muy estimulante?	NO
¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?	SÍ
¿Se siente lleno de energía?	NO
¿Siente que su situación es desesperada?	SÍ
¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	SÍ
¿Frecuentemente está preocupado por pequeñas cosas?	SÍ
¿Frecuentemente siente ganas de llorar?	SÍ
¿Tiene problemas para concentrarse?	SÍ
¿Se siente mejor por la mañana al levantarse?	NO
¿Prefiere evitar reuniones sociales?	SÍ
¿Es fácil para usted tomar decisiones?	NO
¿Su mente está tan clara como lo acostumbraba a estar?	NO

Se asigna un punto por cada respuesta que coincida con la reflejada en la columna de la derecha, y la suma total se valora:

- 0-10: Normal.
- 11- 14: Depresión (sensibilidad 84%, especificidad 95%).
- >14: Depresión (sensibilidad 80%, especificidad 100%).

Anexo V: Modelo de consentimiento informado (cedido por Hachiko)

Intervenciones Asistidas por perros

Hachiko Educación Canina

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El concepto legal del consentimiento informado se recoge en el artículo 3 de la Ley 41/2002, según el cual el consentimiento informado es la conformidad libre, voluntaria y consciente de un/una usuario/a o familiar allegado, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a la salud.

La *terapia asistida por perros* (TAP) es una terapia alternativa y complementaria que se está aplicando en diversos colectivos (tercera edad, población infantil, personas con diversidad funcional, personas con TEA, ayuda en rehabilitaciones, enfermos crónicos...) obteniendo resultados positivos. Se basa en que el perro es incorporado y actúa como recurso terapéutico, con el objetivo directo de promover la mejoría en las funciones físicas, sociales, emocionales y cognitivas del usuario.

El perro de terapia ha sido seleccionado y adiestrado para colaborar en las sesiones garantizando en todo momento su buen comportamiento; igualmente podemos avalar su estado sanitario mediante la cartilla de vacunación y desparasitación y revisiones veterinarias periódicas. Poseen seguro de responsabilidad civil. No obstante debemos informarles de las pequeñas incidencias que pueden acontecer durante las sesiones tales como leves marcas con la pata, pequeño eritema de contacto...etc.

D/D^a _____ con DNI
 _____ Actuando en nombre propio, o bien, Autoriza a

_____ para realizar las sesiones de Intervención Asistida con perros.

Y para que así conste y a prueba de conformidad firmo el presente documento.

Fecha: _____

Firma del Familiar (si procede)

Firma Usuario/a (si procede)

Autorizo la realización de fotografías y/o vídeos y su posterior uso con fines didácticos o científicos:

SI

NO

Hachiko Educación Canina en ningún caso expondrá en redes sociales fotografías de los usuarios/as, a menos que los propios familiares o los centros sean quienes las pongan, entonces las compartiremos.