



Cortínez Martínez, Julia

**PROGRAMA DE INTERVENCIÓN ASISTIDA CON ANIMALES
en menores con Trastorno por
Déficit de Atención con Hiperactividad**



Cortínez Martínez, Julia

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN ASISTIDA CON ANIMALES
en menores con Trastorno por
Déficit de Atención con Hiperactividad



Cortínez Martínez, Julia
PROGRAMA DE INTERVENCIÓN ASISTIDA CON ANIMALES EN MENORES CON TRASTORNO POR
DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

Editado por Colloquium
ISBN: 978-9942-814-04-3
Primera edición 2019

© Cortínez Martínez, Julia
© Colloquium

La obra fue revisada por pares académicos antes de su proceso editorial, en caso de requerir certificación debe solicitarla a:
sbores@colloquium-editorial.com.

Quedan rigurosamente prohibidas, bajo las sanciones en las leyes, la producción o almacenamiento total o parcial de la presente publicación, incluyendo el diseño de la portada, así como la transmisión de la misma por cualquiera de sus medios, tanto si es electrónico, como químico, mecánico, óptico, de grabación o bien de fotocopia, sin la autorización de los titulares del copyright.

Ecuador 2019

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN ASISTIDA CON ANIMALES
en menores con Trastorno por
Déficit de Atención con Hiperactividad

Índice

ÍNDICE.....	7
PRÓLOGO.....	8
INTRODUCCION	10
PROGRAMA DE IAA.....	21
FASE DE DESPEDIDA.....	30
CONCLUSIONES	32
BIBLIOGRAFÍA.....	34

Prólogo

La presente propuesta de intervención asistida por animales (IAA) nace de la necesidad de aportar alternativas de tratamiento a los menores con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), con el fin de disminuir las dificultades a las que se enfrentan. Para poder dar forma a este programa, ha sido necesaria la revisión bibliográfica de la evolución de la concepción del TDAH y la de la IAA, así como del planteamiento actual de ambos conceptos. Asimismo, se ha establecido qué patrones de conducta se pretendían paliar y cómo enfrentarlos en la intervención. En el programa se plantea la utilización pre y post de la escala Child Behaviour (CBCL) y Conner's Parent Rating Scale-Revised, con el fin de que, en caso de ser llevado a cabo, se puedan valorar resultados objetivos. La intervención

se presenta con catorce niños de edades comprendidas entre los ocho y diez años y dos perros de terapia. El programa se divide en tres fases: previa, intervención y despedida. Cada una de estas fases está acompañada por una serie de sesiones en la que se trabaja, junto al animal, distintas fortalezas y habilidades. El programa no tiene como objetivo sustituir otros tratamientos que los menores puedan estar desarrollando. Por último, se propone el presente programa para ser desarrollado en Centros de Educación Primaria, Centros de Terapia Asistida con Animales o en Centros de Ocio, en caso de que existiera demanda de ello.

INTRODUCCION

El tema escogido para elaborar el presente trabajo de fin de grado responde a motivaciones personales y surge como respuesta a la falta de programas de Intervención con animales (IAA) en menores con Trastorno Por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) instaurados en España.

En cuanto a las motivaciones personales para llevar a cabo la redacción de este programa, estas se plantean tras observar durante el grado de psicología cursado la insistencia de múltiples profesionales de abordar el TDAH desde una vía no farmacológica. Ante esto, tras haber revisado distintos modelos que proponían diversas intervenciones, el presente trabajo ofrece un programa de actuación con animales con el fin de explorar vías de abordaje menos instauradas hoy en día (Monleón, Caballero y López, 2017).

Actualmente, España cuenta con cincuenta y cinco entidades especializadas en la intervención con animales (Martos-

Montes, Ordoñez-Pérez, Fuente-Hidalgo, Martos – Luque y García – Viedma, 2015). No obstante, la distribución de estas se encuentra descompensada entre las comunidades autónomas españolas y la mayoría de los centros de IAA los podemos encontrar en Cataluña, Madrid y Andalucía (Martos-Montes, Ordoñez-Pérez, Fuente-Hidalgo, Martos – Luque y García – Viedma, 2015). Asimismo, el TDAH se ha consolidado como el trastorno más prevalente en la población infantil (Sánchez, 2016), por lo que se plantea el objetivo de abordarlo desde intervenciones compatibles con la farmacología o que no requieran de esta, atendiendo a que reducir el tratamiento del TDAH a la medicación es un grave error (Pascual-Castroviejo, 2009).

Por otra parte, numerosos estudios demuestran cómo la falta de intervención temprana en los casos diagnosticados, producen consecuencias fatales como la pérdida de motivación por la superación, inhabilidad para mantener relaciones sociales o inseguridad en sus capacidades (Green y Chee, 2001). Dadas estas conclusiones, la propuesta de intervención que se presenta a continuación plantea paliar estas secuelas y permitir a los menores un desarrollo seguro sin dificultades.

Evolución de la concepción del TDAH

Las primeras menciones al TDAH se realizaron a finales del siglo XVIII, en la obra literaria del médico escocés Sir Alexander Crichton. En ella, se relatan los síntomas del trastorno

anteriormente mencionado. Sin embargo, el trastorno era conocido como *inquietud mental* (Guerrero, 2016). Años después, en 1845, Heinrich Hoffman, un médico psiquiatra, escritor e ilustrador, escribió sobre el TDAH en su recopilación de cuentos sobre las diferentes patologías que se producían en la infancia. En uno de estos cuentos, Hoffman describió a un menor con sintomatología de TDAH (González y Villamizar, 2010; Guerrero, 2016). En esta obra, sin embargo, el autor no consideraba que los comportamientos del personaje se pudieran catalogar de trastorno, únicamente ejemplificaba cómo era el mal comportamiento de un niño (Navarro y García-Villamizar, 2010).

La investigación acerca del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad comenzó a establecer sus bases científicas en el siglo XX, gracias al pediatra George Still. No obstante, anteriormente, este trastorno era conocido como “daño cerebral mínimo” o “respuesta retardada” (González-Valenzuela y Lazo-Gómez, 2010). Still realizó sus investigaciones con un grupo de niños con una gran incapacidad para mantener la atención y con comportamientos agresivos que se planteaban como déficit de control de las acciones. Esta conducta, se asoció a la herencia genética y no a la educación paterna como se había planteado hasta entonces (Guerrero, 2016). A continuación, se extrae un párrafo del artículo “Some abnormal psychical conditions in children” de Still (1902):

Me trajeron a otro chico (...) que desde hace dos meses se sentía muy agitado y a la vez se había vuelto extremadamente rencoroso, arrojaba cosas a las personas y atacaba a niños extraños sin necesidad de que le hubieran provocado. (...) dieciocho meses después, vi a este chico todavía muy agitado y extremadamente apasionado, pataleaba y golpeaba cualquier cosa que le ofendiera.

Doce años después, en 1914, Heuyer escribió sobre la asociación de ciertos síntomas como la hiperactividad o el déficit de atención, así como del pronóstico de que muchos de estos síntomas conducían a los adolescentes a la delincuencia. Empero, no fue hasta 1926 cuando se comenzaron a introducir variables neurocognitivas en los estudios sobre este trastorno (Navarro y GarcíaVillamizar, 2010).

En 1934, los estudios de Hohman, Khan y Cohen, mostraban en sus investigaciones que tras algunas lesiones cerebrales se producían síntomas similares a los relatados anteriormente por Still, por lo que concluyeron que la hiperactividad se trataba de una enfermedad neurológica a la que denominaron *síndrome de lesión cerebral humana* o *síndrome de impulsividad orgánica* (Piñon, Vázquez – Justo y Fernandes, 2017). Posteriormente, Clements y Peters, consideraron que estas conductas procedían de una disfunción general y, por lo tanto, no producía patología que pudiera ser constatable (Piñon, Vázquez – Justo y Fernandes, 2017).

Finalmente, en 1968, el TDAH se incluyó en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales, DSM – II, bajo el nombre de *reacción hiperkinética de la infancia*. No obstante, este denominativo no duró demasiado y en 1980, gracias a los estudios de Virginia Douglas sobre la motivación humana, el trastorno se empezó a denominar *trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad* en el DSM -III (Curtis, Clemente, González y Hernández, 2016; Rodríguez et al., 2009). Posteriormente, la versión revisada de este manual eliminó las distinciones entre hiperactividad y sin hiperactividad, dado la problemática que se planteaba al intentar fragmentar el síndrome, y presentó el trastorno como un constructo unitario con tres características básicas: la inatención, la hiperactividad y la impulsividad (Rodríguez et al., 2009). Sin embargo, años después, el DSM – IV, estableció que el TDAH se caracterizaba por frecuentes conductas de inatención y/o impulsividad que impedían el desarrollo adecuado de la persona que lo padece (American Psychiatric Association, 2014). Además, en este manual, el trastorno presentaba tres subtipos que permitían un diagnóstico más preciso. Estos tres subtipos, los cuales eran combinado (C), déficit de atención (DA) e hiperactividad - impulsividad (HI) eran dimensiones independientes entre sí. No obstante, para ser diagnosticado y, posteriormente, clasificado, era necesario que la persona cumpliera seis de los nueve síntomas que se describen en dicho manual (Barkley, 2009).

Finalmente, el DSM-V ha mantenido los síntomas necesarios para ser diagnosticado de TDAH que previamente se habían especificado en el DSM-IV. Sin embargo, ha aumentado la edad de aparición de ciertos síntomas de los siete a los doce años. Además, en este manual se advierte de su comorbilidad con otros trastornos, como el Trastorno del Espectro Autista (TEA) y se adjuntan índices de severidad (Bianchi, 2016).

Evolución de la terapia asistida por animales

Desde la época clásica, podemos encontrar documentos que describen las creencias a cerca de las propiedades sanadoras de los animales (Cabra, 2012). Sin embargo, los primeros datos que se han registrado sobre la implementación de los animales en los ámbitos de la salud proceden del siglo IX en Bélgica, donde los animales acompañaban a las personas con discapacidades físicas (O'Conner – Von, 2010). Siglos después, en el año 1669, el filósofo inglés John Locke argumentó que la relación existente entre personas y animales tenía una función socializadora. Esta, explicaba, se producía debido a que los animales proporcionaban bienestar y tranquilidad a las personas con las que se encontraban, por lo que despertaba sentimientos sociales (Buil y Canals, 2012).

En 1976, la enfermera Elaine Smith, introdujo el concepto de terapia asistida con animales, tras haber sido testigo de los beneficios que las mascotas proporcionaban a sus pacientes (O'Conner – Von, 2010). No obstante, no fue hasta casi veinte

años después, en 1792, cuando se comenzaron a emplear los animales con fines terapéuticos por primera vez gracias a William Tuke, el cual creyó que los animales podrían respaldar valores humanos en los pacientes (Zamarra, 2002).

Sin embargo, fue en el siglo pasado cuando Boris Levinson comenzó a investigar la terapia asistida con animales desde un punto de vista científico, desarrollándola, así como una herramienta para tratar distintas discapacidades físicas y psíquicas (Cabra, 2012). Además, Levinson fue pionero en hablar acerca de los métodos, procedimientos y beneficios en una monografía específica (Martos- Montes et al., 2015).

En septiembre de 1998, en la *Conferencia Internacional entre Hombre y Animales VIII* de Praga, se confirmó, por primera vez, que el 32% de los psiquiatras empleaban animales de compañía como un recurso de sus terapias y que, esta unión provocaba excelentes resultados en los usuarios tratados (Marco, 2017).

Definición del Trastorno Por Déficit de Atención con Hiperactividad

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, al tratarse de un trastorno compuesto, es complicado de conceptualizar y definir (Rodríguez y García, 2007). Asimismo, hasta la fecha presente del trabajo, se desconoce la causa que produce este trastorno, aunque los estudios sugieren la probabilidad de que tanto factores genéticos como ambientales intervengan en el proceso (Jaén y Pérez, 2017).

La Asociación Americana de Psiquiatría (APA) (2014) define el TDAH como:

Un trastorno del neurodesarrollo definido por niveles problemáticos de inatención, desorganización y/o hiperactividad-impulsividad. La inatención y la desorganización implican la incapacidad de seguir tareas, que parezca que no escuchan y que pierdan los materiales a unos niveles que son incompatibles con la edad o el nivel de desarrollo. La hiperactividad-impulsividad implica actividad excesiva, movimientos nerviosos, incapacidad de permanecer sentado, intromisión en las actividades de otras personas e incapacidad

para esperar, que son excesivos para la edad o el nivel de desarrollo. En la infancia, el TDAH frecuentemente se solapa con otros trastornos, como el trastorno negativista desafiante y el trastorno de conducta. El TDAH a menudo persiste hasta la edad adulta, con consecuentes deterioros del funcionamiento social, académico y ocupacional. (p.32).

Prevalencia del TDAH

Actualmente, se estima que entre el 5% y el 12% de la población infantil mundial sufren TDAH. En concreto, España este trastorno afectaría a un 4,7% de la población menor de edad (Cardo, Ros-Cervera, Eiris-Puñal, Escofet-Soteras, Fernández-Jaén, y Mulas, 2017).

Definición de la Terapia Asistida con Animales

La terapia asistida con animales es una intervención en la que se hace partícipe a un animal con unos cánones de conducta específicos imprescindibles para llevar a cabo un tratamiento (Delgado, Amor, Barranco, Barranco, y Sánchez, 2017). Es dirigida por profesionales de la salud con práctica en terapia como los psicólogos, los terapeutas ocupacionales, los psiquiatras o los fisioterapeutas (Marcos, 2017). El profesional, además de llevar a cabo la terapia, es necesario que establezca los objetivos que desea alcanzar, así como que evalúe y valore los mismos (Teixidor y González, 2017).

Durante esta terapia, se ofrece una interacción positiva entre el ser humano y el animal, buscando, de esta forma, mejorar

la actitud personal y física de la persona que se presta al tratamiento (Delgado et al., 2017). Asimismo, optimiza el funcionamiento social y emocional de los usuarios (Marcos, 2017).

Los animales con más tendencia a ser empleados en esta clase de prácticas suelen ser los perros, gatos, caballos y delfines, aunque la idoneidad de estos varía en función de las características del centro donde se realice la intervención (Delgado et al., 2017).

Beneficios de la terapia asistida con animales

Actualmente, están plenamente comprobados los beneficios de tener animales de compañía en casa u en lugares públicos como centros de ocio, residencias de ancianos, etc. Hutton, en el 1982 consiguió realizar una lista de los beneficios de que los animales ofrecían a las personas. Entre ellos, encontramos algunos que resultan de gran interés como la eliminación de barreras en la comunicación o la autoestima que aportan al dueño al sentir esenciales en la vida de la mascota (Martínez - Abellán, 2008).

Sin embargo, todos ellos se pueden resumir en cinco conceptos (Martínez - Abellán, 2008): empatía, aceptación, entretenimiento, socialización y estímulo mental. Un estudio realizado con quince adolescentes en la Universidad Autónoma de Nuevo León, México, demostró cómo los perros que se empleaban en la terapia asistida con animales mejoraron la

atención emocional de los participantes, mostrándose más empáticos y con mayor capacidad para expresar sus emociones tras siete sesiones con los animales (Jiménez, Hernández y Ramírez, 2012).

En 1997, Jacobsen, determinó que la terapia asistida con animales permitía a los usuarios más jóvenes adquirir herramientas que fomentasen sus habilidades sociales y entrenaba a los mismos en la adquisición de responsabilidad (Martínez - Abellán, 2008; Cea, 2014).

En el TDAH, la TAA refuerza conductas que mejoran la concentración y disminuyen la ansiedad. Además, implementan al animal como un compañero de juego que permite a la persona mejorar habilidades sociales mediante la extrapolación de su interacción pacífica con el perro a otros ámbitos (Parra, 2016).

Relación del TDAH con la terapia asistida con animales

Son muchos los estudios que han hallado relación positiva entre la terapia llevada a cabo por animales en personas diagnosticadas de TDAH. En 2009, Somervill, Swanson, Robertson, Arnett, y MacLin, iniciaron un estudio en que se comprobaban los efectos fisiológicos en niños con TDAH cuando entraban en contacto con un perro. Si bien no se pudo concluir que existieran efectos calmantes del animal sobre el menor, si se determinó que se producía un incremento de la

presión arterial debido al estrés positivo que provocaba el perro y esto podría suponer resultados positivos en la terapia asistida con animales (Somervill, Swanson, Robertson, Arnett y Maclin, 2009).

Otro estudio, más reciente, en el que se intervino con menores con similar patología, pero mediante la equinoterapia (terapia asistida con caballos) se demostró que este tipo de terapia mejoraba drásticamente los principales síntomas del TDAH, por lo que se ofrecía como un tratamiento viable en estos casos (Jang et al., 2015).

Ridruejo (2006) sostiene que, atendiendo a que el TDAH se caracteriza principalmente por la desatención y/o hiperactividad, la intervención con animales ayuda a centrar y mantener la atención en el animal durante el desarrollo de esta. Conjuntamente, disminuye el nivel de excitación y el animal permite al niño participar en juegos basados en el cuidado y la consigna (Citado en Buil et al., 2012)

Programa de IAA

Objetivos del programa

El objetivo principal del programa que se presenta es la reducción de los síntomas producidos por el TDAH. No obstante, para cumplir con este objetivo, se propone mejorar las habilidades sociales de los participantes, el autocontrol y la autoregulación (Sánchez - Gómez, 2016). Además, se buscará optimizar la atención, la concentración y la memoria.

Metodología del programa

Participantes

Atendiendo a que la mayoría de programas existentes actualmente de este tipo de terapia no posee más de quince sujetos, el presente programa se diseñará en base a catorce niños con edades comprendidas entre los ocho y diez años. (Jiménez, 2012; Fernández-Jorge et al., 2013; Sánchez - Gómez, 2016).

Sin embargo, para asegurar que todos los niños tengan las mismas oportunidades de entrar en contacto con el animal, se establecerán dos grupos de niños y cada grupo tendrá destinado un perro.

En conjunto, para evitar posibles problemas en el programa, se establecerán los siguientes criterios de exclusión (Vega, 2014):

- Usuarios con alergia a los perros.
- Usuarios con fobia a los perros.

Por otra parte, los animales empleados para este programa serán perros previamente adiestrados para la terapia. Estos perros serán pacíficos, no ladrarán ni gruñirán y no enseñarán los dientes a los niños, con el fin de asegurar la tranquilidad de estos (Buil et al. 2012).

Descripción del espacio de desarrollo

El lugar donde se desarrollen las sesiones debe ser amplio, adaptado para unas dieciocho personas y dos perros. El espacio debe estar dedicado exclusivamente a la intervención con animales, para evitar futuras interrupciones durante las sesiones. Además, se debe procurar que la sala sea lo más cómoda posible para los niños y profesionales, disponiendo siempre de sillas, módulos o cojines. También, es importante destacar que el espacio debe disponer de ventilación, luz natural y temperatura adecuada (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2016).

Herramientas y recursos

El programa cuenta con recursos materiales necesarios para todas las sesiones, como los premios y el arnés con bolsillos o velcros. Además, se emplearán otros materiales más específicos para cada sesión o actividad. Todos los materiales necesarios se detallan adecuadamente en el Anexo I.

Técnicas empleadas

Durante la intervención con perros, se desarrollarán distintas técnicas que complementarán la terapia o que se llevarán a cabo con ayuda del animal:

Autoinstrucciones. Es una técnica cognitiva, la cual consiste en la modificación de la conducta por medio de autoverbalizaciones (Santacreu, 2015). Las autoinstrucciones ayudan a interiorizar una conducta concreta y a controlar el comportamiento en las situaciones que se desean (Orjales, 2007). Esta técnica tiene como fin que la persona con la que se aplique sea capaz de autorregular su conducta y encontrar una solución ante situaciones conflictivas o problemáticas (Santacreu, 2015).

Las autoinstrucciones constan de las siguientes partes (Meichenbaum y Goodman, 1971):

1. Modelado cognitivo: el terapeuta ejecuta la tarea o interpreta la situación problemática. Lo hace por pasos, explicando cada paso en voz alta, siendo estos pasos las autoinstrucciones que se desean instaurar.
2. Guía externa en voz alta: el paciente ejecuta la misma tarea, con la ayuda del terapeuta que dicta las instrucciones paso a paso, en voz alta.
3. Autoinstrucciones en voz alta: El paciente repite la tarea, pero, esta vez, él dictará las autoinstrucciones mientras va siguiendo los pasos.
4. Autoinstrucciones enmascaradas: El paciente repite la tarea, pero, ahora, verbaliza las autoinstrucciones en voz baja.

5. Autoinstrucciones encubiertas: El paciente ejecuta la conducta una última vez, siguiendo las mismas autoinstrucciones solo que, esta vez, no podrá decirlas en voz alta, sino que tendrá que pensarlas.

Economía de fichas. Es un sistema de refuerzo en el que se emplea la ficha como cambio para obtener un apoyo de más valor (Patterson, 2015), como caramelos o juguetes. Para llevar a cabo esta técnica, es imprescindible que las fichas puedan cambiarse por algún elemento más valioso y que se acuerden previamente los requisitos para conseguir los refuerzos positivos (Patterson, 2015).

Escalas y cuestionarios

Se emplearán los siguientes cuestionarios con el fin de poseer datos antes y después del programa que puedan ser comparados para concluir si ha sido o no eficaz.

- Child Behaviour Checklist (CBCL). Inventario contestado por los padres de niños entre cuatro y dieciocho años. Permite la evaluación de trastornos de conducta en población infantil (Montáñez, 2015). Contiene ciento trece preguntas en escala de tres puntos, en el que 0 indica que la conducta no se da nunca y 2 que ocurre frecuentemente (McKinnon et al.2018).
- Conner's Parent Rating Scale-Revised (CPRS-R). Se compone de veintisiete ítems que son contestados por los padres del menor al que se busca hacer el diagnóstico. Evalúa el

oposicionismo, la desatención, la hiperactividad e impulsividad y mide el índice de TDAH (Arco, Fernández e Hinojo, 2004).

Ambos cuestionarios han sido seleccionados para la valoración del programa por sus características. Por una parte, el Child Behaviour Checklist, es uno de los pocos cuestionarios que encontramos específicamente para evaluación de trastornos de conducta en la población menor de edad, por lo que los ítems de los que se compone están dirigidos a esta población, lo que impide problemas de coherencia en los resultados que proporciona (Achenbach y Rescorla, 2001). Asimismo, este cuestionario posee gran validez (Lacalle, Domènech, Granero, R. y Ezpeleta, 2004) y resulta económico (Achenbach y Rescorla, 2001).

Por otro lado, la escala revisada Conner's Parent Rating, es actualmente una de las escalas para detectar TDAH más empleadas en todo el mundo. Esta escala es empleada en el programa por ser un instrumento útil para medir el grado de afectación del trastorno (Conners., Sitarenios, Parker y Epstein, 1998). Asimismo, esta escala ha sido utilizada en numerosos estudios con el fin de crear nuevas escalas que evalúen conductas disruptivas, por ser tan confiable (Sánchez, 2017).

Estructura del Programa - Fases

A continuación, se presentan de forma ordenada las tres fases en las que se divide el presente programa junto con las respectivas sesiones con la que cuenta cada una. La

distribución de estas y sus objetivos se describe en el cronograma de aplicación.

Cabe destacar que, siguiendo el modelo de otros programas similares, previamente al inicio de programa, todos participantes y sus los tutores legales reciben información sobre la terapia que en la que participarán (Jiménez et al., 2012). Además, atendiendo a cuestiones legales, para participar será un requisito indispensable la autorización por escrito de los tutores legales.

Fase Previa

Esta fase tendrá una duración de un mes aproximadamente, llevándose a cabo una sesión por semana, por lo que se realizarán de dos sesiones.

En primer lugar, se diseñará un calendario con todas las actividades y sesiones y se entregará a los padres o tutores legales de los participantes para que se encuentren informados en todo momento.

Sesión 1

Esta primera sesión se empleará en habituar al perro y a los niños a la nueva situación que les va a acontecer. Esta sesión tendrá una duración de cuarenta y cinco minutos aproximadamente y se realizará bajo la supervivencia de los profesionales.

Objetivo/s

- Despertar interés de los niños por el perro.

- Eliminar posibles miedos o temores de los niños.
- Habituar al perro al nuevo contexto.

Desarrollo

Para empezar, los niños se sentarán en círculo y un profesional les explicará que a continuación entrará un perro en la sala y destacará la importancia de no asustar al animal. En esta explicación, el terapeuta puede preguntar a los niños por sus experiencias con animales o indagar en cuál es su animal preferido. Tras esto, el profesional entrará con el perro en la sala y se situará en el centro de la misma.

Es entonces cuando el profesional explicará a los niños el juego “conoce a mi nuevo amigo”. Este juego consistirá en que el terapeuta lleve el perro hasta un niño y se lo presente. El niño deberá levantarse, acariciarle, decirle su nombre y darle una golosina que previamente el terapeuta le ha dado. Posteriormente, el niño llevará al perro hasta otro participante hasta que todos los niños hayan completado la presentación. Una vez todos los niños hayan realizado el ejercicio, en círculo, el terapeuta les preguntará si les gustó la experiencia y se despedirán hasta la siguiente sesión.

Sesión II

Esta sesión consolidará la confianza que establecieron los niños con el perro en la anterior sesión.

Tendrá una duración de cuarenta y cinco minutos.

Objetivo

- Mantener vínculo entre los niños y el perro.

Desarrollo

Los niños, al igual que en la sesión anterior, se sentarán en círculo con el terapeuta. Cuando todos permanezcan sentados, el profesional les preguntará si saben a quién van a ver de nuevo. En caso de que no lo recuerden, se les puede dar algunas pistas como “es un amigo muy peludo”. Tras esto, el perro entrará en la sala con el cuidador correspondiente. Se permitirá a los niños levantarse, saludar y acariciar al perro.

Una vez finalizada la presentación, se iniciará un juego en el que los niños deberán simular que trabajan en una clínica veterinaria. Para ello, se les darán jeringuillas de juguete, mascarillas, gorros, tijeras de juguete, etc. Además, se puede acompañar el juego de cintas y abalorios. Los niños podrán representar cómo tratarían al perro y cómo lo asearían. El terapeuta, mientras tanto, expresará los sentimientos de satisfacción del animal con el fin de reforzar positivamente las acciones de los niños.

Por último, se les premia lo bien que lo hicieron dándoles una golosina para que se la den al animal y se despedirán hasta la siguiente sesión.

Fase de intervención

El plan de intervención consta de nueve sesiones de una hora de duración. Estas sesiones se realizarán una vez por semana.

Cada sesión tendrá como objetivo abordar una o varias áreas en las que los niños diagnosticados de TDAH posean problemas. Todas las sesiones estarán basadas en el sistema de economía de fichas. En este sistema, cada niño recibirá un punto en cada sesión y, al finalizar esta, el menor que lo haya conseguido podrá elegir el juego complementario que se realizará en esa sesión. El juego se escogerá de una lista que el terapeuta le presentará. Esta lista se presenta en “Listado de Juegos” en el Anexo II. Para que el niño logre este punto, al final de cada sesión deberá valorar de 0 a 10 su comportamiento en la sesión, entendiendo que 0 es portarse muy mal y 10 haber tenido una conducta inmejorable. Posteriormente el terapeuta, valorará el comportamiento de cada niño siguiendo la misma escala. Cuando tanto la valoración del niño como la del terapeuta coincidan o difieran solo en un grado, por encima o por debajo, el niño logrará el punto necesario para decidir el juego complementario. En caso de que más de un niño logre acertar la valoración del terapeuta, tendrán que decidir entre ellos la actividad que desean realizar.

Fase de despedida

Sesión Final

Esta sesión estará basada en el juego “oca canica” extraído de la organización WECANIA. EL juego tendrá una duración de una hora y se desarrollará de la siguiente manera:

El terapeuta entrará, como de costumbre, en la sala junto con los niños y sentados en círculo, esperarán a que el perro entre en la sala. Una vez se haya dado la primera fase de saludo, el terapeuta explicará la siguiente actividad y se procederá a realizarla.

Actividad. "El tablero perruno." El terapeuta podrá en una mesa o en el suelo un rollo de papel con un tablero la oca dibujado (Anexo III). Se le repartirá una ficha distinta a cada niño y todas deberán ponerse en la casilla de salida del tablero. El terapeuta explicará qué sucede si caen las casillas. La explicación será la siguiente:

- Casilla con dibujo del perro que da la pata: el niño deberá dar una orden al perro y esta debe ser realizada por el mismo. Posee dos intentos.
- Casilla dibujo perro grande: *de perro a perro y tiro porque me toca.*
- Casilla perro con interrogación: el niño cogerá una tarjeta de un montón que el terapeuta haya preparado previamente. Cada tarjeta tendrá una pregunta que cuestionará cómo debe comportarse el niño en una situación. Por ejemplo, "*Si estoy en clase y el profesor está hablando ¿qué hago*". En el reverso de la tarjeta habrá dos opciones, por ejemplo "*debo estar sentado y callado hasta que termine o debo levantarme y decirle a mi compañero lo mucho que me aburro*".
- Casilla niño con bocadillo: el niño que caiga en esta casilla debe, mediante mímica, representar la acción que el terapeuta le diga para que el resto de niños lo adivinen. Por ejemplo, "*estás en una bicicleta y te caes.*"

- Casilla de muchos objetos: el terapeuta le dirá una lista de palabras al niño. Tras decirla, espera diez segundos y el niño debe repetirla sin olvidarse de ninguna.

Empezará a jugar el niño que consiga la puntuación más alta al tirar el dado y ganará el que antes llegue a la última casilla. Si el niño efectúa de forma correcta la orden de su casilla o responde bien a las preguntas, podrá seguir tirando el dado y avanzando. En caso contrario, el turno pasará al siguiente compañero.

Conclusiones

El presente programa tiene como objetivo aportar una intervención psicológica a los niños con diagnóstico de TDAH. Esta intervención cuenta con la ayuda de perros debido a los muchos beneficios comprobados anteriormente mencionados. Con este programa, se busca crear un vínculo entre el niño y el animal y ofrecerlo como un apoyo que mejorará las capacidades que se hayan visto dañadas a causa del trastorno. Si bien es cierto que el perro no participa en todas las actividades programadas, el programa ofrece la visión de que la mera presencia del animal ayuda a los niños a introducirse en el juego, comunicarse y mejorar su predisposición a la hora de acudir a terapia.

Además, el programa no pretende excluir otras intervenciones, por ello, en múltiples ocasiones se emplean técnicas cognitivo-conductuales enmascaradas en juegos que tienen el propósito de hacerlas más atractivas para el menor. Tampoco se excluye la intervención farmacológica si el niño así la tiene.

Asimismo, aunque el programa no haya sido puesto en práctica hasta el momento, se espera que, tras aplicar este, exista una disminución considerable de los síntomas asociados al TDAH y se incremente la atención y concentración de los niños en los distintos ámbitos de su vida.

Tras haber revisado el programa, consideramos que es posible que el programa no sea tan extenso como la mayoría de intervenciones que se presentan normalmente. Sin embargo, la duración de este programa se podría ajustar si así los profesionales que lo pongan en práctica lo ven preciso. A priori, el programa está previsto para no interferir drásticamente en la vida cotidiana de los menores, por ello, las sesiones se realizan una vez por semana y llevar a cabo la intervención no implicaría más de tres meses.

Por otra parte, se propone que el programa se podría llevar a cabo en Centros de Educación Primaria, en caso de detectar más de un caso de TDAH. Si así fuera, se recomienda que se realice en horas no lectivas y que no imparta como una actividad extraescolar común. También, se propone la puesta en marcha en Centros de Terapia Asistida con Animales o Centros de Ocio de los Municipios donde se detecte demanda.

Por último, recalcar el esfuerzo que ha conllevado la redacción de este programa, así como de la constante revisión que ha exigido crear o modificar actividades para que se adecuaran a los objetivos el autor trataba como indispensables de cumplir en cada sesión.

Atendiendo a que el programa incluye la terapia asistida por animales, es necesario tener en cuenta los riesgos existentes en el contacto con un animal, como las mordeduras, zoonosis o

accidentes provocados por el perro. No obstante, existen pocos indicios de que la inclusión de animales en terapia sea peligrosa o posea efectos nocivos para el ser humano (Abellán, 2008).

Por último, se entiende que, al no pertenecer el animal a los niños, esto puede provocar que al finalizar la intervención se rompa el vínculo niño-perro, produciendo en el menor sentimientos de decepción o impidiendo que los efectos positivos se mantengan a largo plazo.

BIBLIOGRAFÍA

Abellán, R. M. (2008). La terapia asistida por animales: una nueva perspectiva y línea de investigación en la atención a la diversidad. *Indivisa: Boletín de estudios e investigación*, (9), 117-146.

Achenbach, T. y Rescorla, L.A. (2001). Child Behavior Checklist for Ages 1.5-5 (CBCL / 1.55). *Reportero*, 10, 20.

Arco, J. L., Fernández, F. D., e Hinojo, F. J. (2004). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: intervención psicopedagógica. *Psicothema*, 16(3), 408-414.

Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. American Psychiatric Pub.

Barkley, R. A. (2009). Avances en el diagnóstico y la subclasificación del trastorno por déficit de atención/hiperactividad: qué puede pasar en el futuro respecto al DSM-V. *Revista de neurología*, 48(2), 101-106.

Bianchi, E. (2016). Psychiatric diagnoses of children, biomedicalization and DSM: towards a new (ab) normality? *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 14(1), 417-430.

Buil, I., y Canals, M. (2012). *Terapia asistida con animales* (trabajo de fin de máster). Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona.

Cabra, C. A. (2012). Terapia asistida con animales. Efectos positivos en la salud humana. *Journal of Agriculture and Animal Sciences*, 1 (2), 32-44.

Cardo, E., Ros-Cervera, G., Eirís-Puñal, J., Escofet-Soteras, C., Fernández-Jaén, A., Mulas, F., ... y Sans, A. (2017). Estado actual del enfoque del trastorno por déficit de atención/hiperactividad en neuropsiquiatría. *Rev Neurol*, 64(1), 105-109.

Cea-Chueca, A. (2014). *Terapias alternativas con animales para niños con necesidades especiales* (trabajo fin de grado). Universidad Internacional de La Rioja, Guipúzcoa.

Conners, C.K., Sitarenios, G., Parker, J. y Epstein, J. (1998). The revised Conners' Parent Rating Scale (CPRS-R): Factor structure, reliability, and criterion validity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26(4), 257-268.

Curtis, D. L., Clemente, C. M., González, J. P. H., y Hernández, P. J. R. (2016). Evolución histórica del concepto del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Canarias Pediátrica*, 40(1), 40-46.

Delgado, R., Amor, A., Barranco, M.M., Barranco, P., y Sánchez, A.P. (2017). Terapia Asistida por animales. *Rev Esp Común Salud*, 8(2), 254 – 271.

Guerrero, R. (2016). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad*. Barcelona, España: Planeta.

González-Valenzuela, H. A., y Lazo-Gómez, E. R. (2010). Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. *Revista Médica MD*, 2(1), 23-27.

Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2016). *Intervención asistida con perros en personas con demencia* (1).

Jaén, A. F., y Pérez, B. C. (2017). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Revista de neurología*, 64(1), 101-104.

Jang, B., Song, J., Kim, J., Kim, S., Lee, J., Shin, H. Y., ... y Joung, Y. S. (2015). Equine-assisted activities and therapy for treating children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 21(9), 546-553.

Jiménez, X. O., Hernández, R. L., y Ramírez, M. T. G. (2012). Terapia asistida por perros en el tratamiento del manejo de las emociones en adolescentes. *Summa Psicológica UST*, 9(2), 25-33.

Lacalle, M., Domènech, M., Granero, R. y Ezpeleta, L. (2014). Validity of the DSM-Oriented Scales of the Child Behavior Checklist and Youth Self-Report. *Psicothema*, 26(3), 364-371.

Marco, M. (2017). *Terapia asistida con animales en pacientes oncológicos: una revisión bibliográfica* (trabajo de fin de grado). Universitat Jaume I, Castellón de la Plana.

Martos-Montes, R., Ordóñez-Pérez, D., De la Fuente, I., Martos-Luque, R., y García-Viedma, M. R. (2015). Intervención asistida con animales (IAA): análisis de la situación en España. *Escritos de Psicología (Internet)*, 8(3), 1-10.

Meichenbaum, D., y Goodman, J. (1971). Training impulsive children to talk to themselves: A means of developing selfcontrol. *Journal of Abnormal Psychology*, 77, 115 – 126.

McKinnon, A., Scheeringa, M., Meiser-Stedman, R., Watson, P., De Young, A., y Dalgleish, T. (2018). The dimensionality of proposed DSM-5 PTSD symptoms in trauma-exposed young children.

Monleón, M. B., Martínez, V. C., y Andreu, J. L. (2017). Terapia asistida con perros en niños y adolescentes. *Revista española de pediatría: clínica e investigación*, 73(2), 79-84.

Montáñez, M. I. (2015). *Programa de intervención en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y familia* (tesis doctoral). Universidad de Extremadura, Badajoz, España.

Navarro, M. I., y García-Villamizar, D. A. (2010). El concepto de hiperactividad infantil en perspectiva: Breve análisis de su evolución histórica. *Revista de Historia de la Psicología*, 31(4), 23-36.

O'Conner-Von, S. (2010). Terapia asistida por animales. En M. Snyder y R.Lindquist (Ed.), *Terapias complementarias y alternativas en enfermería* (pp.207-226). Nueva York, U.S.A: Manual Moderno.

ISBN: 978-9942-814-04-3



9 789942 814043