

**MÁSTER UNIVERSITARIO EN
INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN
CONTEXTOS SOCIALES**

**DEPARTAMENTO DE TEORÍA DE LA
EDUCACIÓN Y PEDAGOGÍA SOCIAL**

TRABAJO FIN DE MÁSTER

INTERVENCIÓN A CUATRO PATAS

Nombre del estudiante: Carmen Dolores Pintor de la Guía

DNI: 70735938-J

Tutorizado por: M^a José Bautista-Cerro

Fecha de la defensa:

16 y 17 De Marzo del 2016

ÍNDICE

1.-INTRODUCCIÓN.....	3-4
2.-MARCO TEÓRICO Y ESTADO DE LA CUESTIÓN.....	4-28
2.1.-Envejecimiento de la población.....	4-14
2.1.1.- ¿Envejecimiento = Demencia?.....	6-7
2.1.2.- Definición de demencia.....	8-11
2.1.2.1.- Características.....	8-9
2.1.2.2.- Tipos y clasificación de las demencias.....	9-11
2.1.3.- Demencia tipo Alzheimer.....	12-14
2.1.3.1.-Síntomas conductuales.....	12-14
2.2.- Terapia Asistida con Animales.....	14-28
2.2.1.-TAA y persona mayores.....	15-16
2.2.2.-Antecedentes históricos de la TAA (Terapia Asistida con Animales).....	16-17
2.2.3.-Situación en España y sus aplicaciones.....	17-18
2.2.4.-Regulación normativa /Legislativa.....	18
2.2.5.- Beneficios de los animales sobre el ser humano.....	19
2.2.6.-Función de los animales como coterapeutas.....	19-21
2.2.7.-Caninoterapia o terapia con perros	21-23
2.2.7.1-Selección del animal de terapia.....	23
2.2.8.- Beneficios que aporta el perro.....	23-24
2.2.9.- Limitaciones y riesgos de la TAA.....	25-26
2.2.10.- Ética y perros de terapia.....	26
2.2.11.- Objetivos que se pueden conseguir con la TAA.....	26-27
2.2.12.- Distinción de términos.....	27-28
3.- ANÁLISIS DE LA REALIDAD.....	29-35
3.1.- Contexto sociocultural y demográfico.....	29-33
3.2.- Justificación en la elección del proyecto.....	34
3.3.- Ámbito específico de aplicación del proyecto.....	34
3.4.- Necesidades detectadas.....	35
4.- PLANIFICACIÓN DEL PROYECTO.....	35-46
4.1.- Recursos con los que cuenta el SED.....	36
4.2.- Objetivos que se plantean.....	36
4.3.- Metodología, técnicas e instrumentos.....	36-39
4.3.1.- Instrumentos.....	37-38
4.3.2.- Análisis de datos.....	39
4.4.- Plan de Trabajo.....	40-44
4.5.- Población a la que va dirigido el proyecto.....	44-45
4.6.- Evaluación.....	45-46
5.- DESARROLLO DEL PROYECTO.....	46-49
6.- EVALUACIÓN DEL PROYECTO.....	50-52
6.1.- Resultados.....	50-52
7.- DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y PROPUESTAS.....	52-56
7.1.- Discusión.....	52-54
7.2.- Conclusiones.....	54-55
7.3.- Reflexiones y propuestas de mejora.....	55-56
8.- BIBLIOGRAFÍA Y DOCUMENTACIÓN.....	56-60
8.1.-Webgrafía.....	59-60

Índice de Tablas:

Tabla I: Datos de población mayores de 65 años y pacientes con demencia.....	7
Tabla II: Principales síntomas conductuales por estadios.....	8
Tabla III: Clasificación de las demencias según tratamiento. Elaboración Propia.....	10
Tabla IV: Evolución de los indicadores sociales en el periodo 2003-2007.....	30
Tabla V: Comparación de los indicadores sociales en el año 2007.....	33
Tabla VI: Cronograma. Elaboración Propia.....	43
Tabla VII: Clasificación de usuarios por sexo del Servicio de Estancias Diurnas.....	44
Tabla VIII: Clasificación de usuarios del SED por edades.....	44
Tabla IX: Clasificación del tipo de enfermedad mental diagnosticada en los usuarios del SED.....	45

Índice de Figuras/Gráficos:

Gráfico I: Evolución de la población mayor, 1900-2051.....	4
Gráfico II: Envejecimiento de la población en España.....	5
Gráfico III: Prevalencia de la demencia por grupos de edad.....	7
Gráfico IV: Prevalencia de algunos tipos de demencia.....	11
Gráfico V: Alteraciones del comportamiento en la demencia tipo Alzheimer.....	13
Gráfico VI: Nivel de estudios en Campo de Criptana en 2007.....	29
Gráfico VII: Evolución de la población en Campo de Criptana durante el siglo XX y actual siglo XXI.	30
Gráfico VIII: Comparativa del índice de Sundbarg. Campo de Criptana, años 2003-2009.....	32

Índice de anexos

1: Escala de valoración GENCAT de calidad de vida.....	61-67
2: Escala de valoración FUMAT de calidad de vida.....	68-72
3: Escala de valoración funcional de Barthel.....	73
4: Escala de valoración funcional de Lawton-Brody.....	74
5: Escala de valoración cognitiva de Lobo.....	75
6: Escala de valoración cognitiva de Pfeiffer.....	76
7: Escala de valoración física de Tinetti.....	77
8: Escala de valoración física Up &Go.....	78
9: Escala de valoración de la ansiedad y depresión.....	79-82
10: Escala de valoración a varios niveles de Hamilton.....	83
11: Cuestionario Euroqool valorativo de la salud y la calidad de vida.....	84-85
12: Ejemplo de registro de observación.....	86

1.-INTRODUCCIÓN

La historia de cualquier cultura del mundo es rica en su relación con los animales, aparecen en el arte y folklore como símbolos de vida, paz, fuerza, etc. Desde los comienzos de nuestra civilización el vínculo entre animales y seres humanos ha sido, entre otras cosas, terapéutico. Las insignias mitológicas ya hablaban de la beneficiosa relación entre animales y hombres que se repiten en todas las culturas del planeta.

En la cultura del mundo y a lo largo de la historia, la relación con los animales es muy rica, sobre todo, especial importancia adquiere el vínculo existente entre éstos y los seres humanos a nivel terapéutico. Destacando la figura del perro en este ámbito. Andrew y Edney (1995, 704-8) señalaban que: “Con el sometimiento del perro los primitivos forjaron, probablemente, uno de los eslabones de la cadena de su propia civilización”.

Actualmente, existen estudios científicos sobre las relaciones humano-animales que demuestran que, aquellas personas que se involucran con animales, se benefician en distintos aspectos como: a nivel fisiológico, psicológico y social. Dado esto, se ha comprobado el aumento de este tipo de terapias en lugares tan dispares como: centros penitenciarios, instituciones de enfermos mentales, con niños autistas y problemas de movilidad o residencias geriátricas.

Quizás una de las funciones que el ser humano conoce del mejor amigo del hombre es realizando trabajos de ayuda que nos facilitan la vida ya que, desde el inicio de la convivencia, el perro ha dedicado sus aptitudes a todo aquello que el hombre le demandaba: protección, caza, pastoreo...

Esta relación ha evolucionado, sobre todo, por dos caminos fundamentales que hacen que la presencia del canino en nuestras vidas sea objeto de estudio en muchas facetas de la sociedad actual. Por un lado, está el servicio que prestan como animales de compañía y, por otra parte, el perfeccionamiento de sus virtudes como trabajadores para el aprovechamiento en diferentes tareas. Dicho perfeccionamiento o la capacidad inagotable para desarrollar diversas funciones, consigue ser imprescindible para el ser humano en momentos decisivos como: localización de víctimas en cualquier tipo de catástrofes, localización de drogas o explosivos, búsqueda de minas, etc. Su capacidad de trabajo no se concentra exclusivamente en tareas de seguridad, además, es considerado un excelente guía para personas con discapacidades físicas, visuales o auditivas, se les entrena para el diagnóstico de enfermedades utilizando el mejor instrumento del que están dotados: su increíble olfato.

La terapia asistida con animales se ha orientado a personas que padecen problemas médicos, tanto físicos como mentales, que se pueden beneficiar de las ventajas que supone la relación humano-animal. Este tipo de terapias supone que el animal puede aportar algo positivo a la persona que lo necesita pudiendo mejorar su calidad de vida de forma significativa al actuar como una motivación esencial para llevar adelante determinados tratamientos o actividades.

Los animales coterapeutas ya no son una utopía sino que forman parte esencial de una terapia valorada, testada y con resultados comprobados científicamente. Así se ha podido demostrar que un caballo puede ayudar a un niño con graves problemas motores, a que un baño con delfines haga aflorar la sonrisa de un niño enfermo o que un perro consiga que una persona vuelva a interactuar con su entorno. Ninguno de estos animales son fármacos en sí mismos pero son parte de terapias sanas, naturales y resolutivas para cada vez más patologías.

La sociedad actual se viene caracterizando por el aumento y longevidad de personas mayores lo que constituye tomar conciencia de la importancia por la calidad de vida de este colectivo en auge. El aumento de la esperanza de vida también trae consigo hacer frente a

diversas patologías o síndromes que el envejecimiento provoca y que tiene en la demencia uno de sus principales predictores de relación morbilidad/mortalidad. Dado que por diversas enfermedades que confluyen en los mayores estos son dados a la polifarmacología, es conveniente buscar alternativas complementarias al tratamiento farmacológico con la finalidad de intentar reducir los síntomas psicológicos o conductuales negativos que cursan en el proceso de la enfermedad.

2.-MARCO TEÓRICO Y ESTADO DE LA CUESTIÓN

2.1.-Envejecimiento de la población

La expectativa de vida, estimada al nacer, ha sufrido un fuerte incremento desde inicios de siglo cuando se cifraba apenas en 50 años, hasta la actualidad en que se acerca a los 80 años en la UE (Unión Europea), cifra superada ya por las mujeres de diferentes países, entre ellos España.

El progresivo envejecimiento de la población es, sobre todo en los países más desarrollados, un hecho irreversible; España no es inmune a esta situación ya que son más de seis millones de habitantes los que superan los 65 años y más de un millón los mayores de 80 años.

Las previsiones de Naciones Unidas estiman que, en el año 2050, España será el país más viejo del mundo con más de 16 millones de personas mayores, es decir, más de un 30% del total. Se prevé que, de cada 10 personas en edad de trabajar, 6 serán jubiladas en el año 2050. (Según datos del 3er Informe sobre demografía de la Comisión Europea).

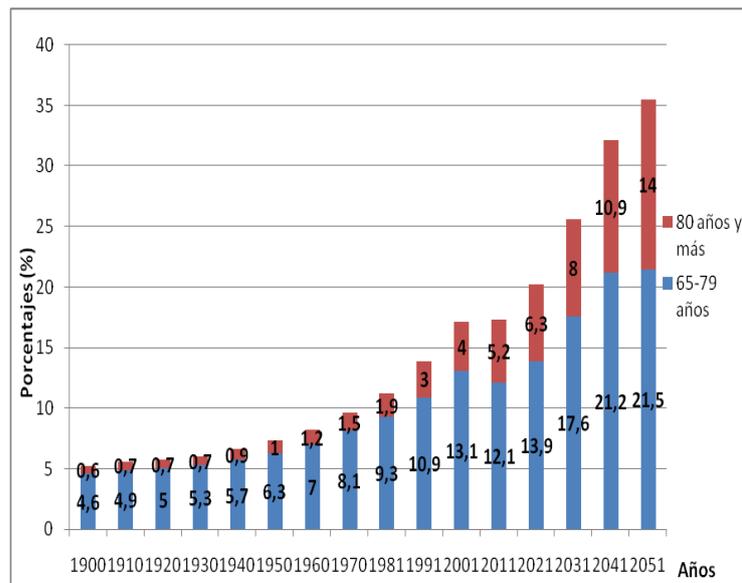


Gráfico I: Evolución de la población mayor, 1900-2051. Fuente: INE(Instituto Nacional de Estadística).
Elaboración propia según datos recogidos de la fuente

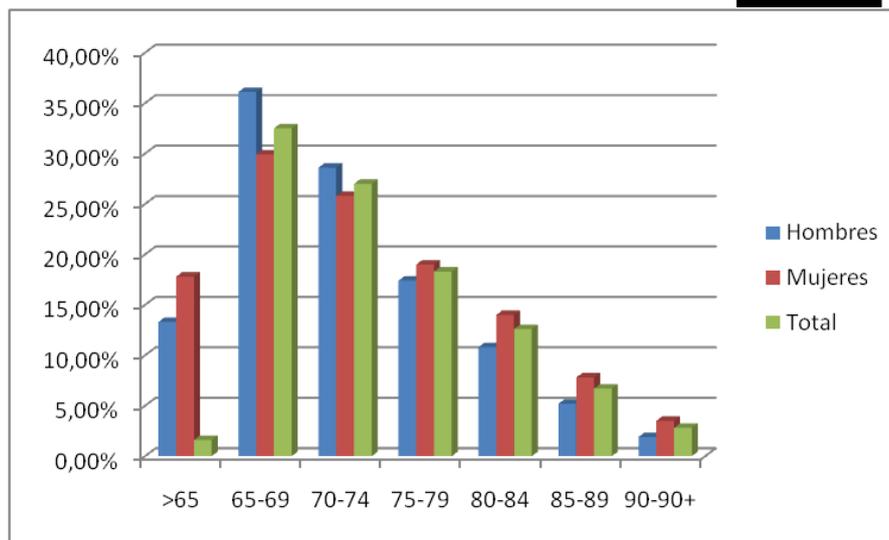


Gráfico II: Envejecimiento de la población en España según datos del INE del año 1999 (Instituto Nacional de Estadística). Elaboración propia sobre esos datos.

Esta situación ha traído consigo, en cuanto a aspectos sociosanitarios se refiere, una real geriatrización de la asistencia con un espectacular aumento de recursos por este sector de la población y una ineludible necesidad de buscar nuevos modos y modelos para afrontar los retos que plantea la atención a tan específico y vulnerable sector de la población. (Durante P. y otros, 2010).

En la asistencia sanitaria al anciano le coinciden una larga serie de consideraciones: alta prevalencia de enfermedades, tendencia a la cronicidad de éstas y sus complicaciones; el hábito en la asociación de patologías con la consiguiente polifarmacia y multiefectos secundarios derivados de ellas y la presencia constante de otros factores psíquicos y sociales condicionantes. Todo ello, ocasiona frecuentes situaciones de pérdida de capacidad funcional para realizar correctamente las actividades de la vida diaria algo que los mayores se niegan a aceptar e intentan, tanto ellos como sus familias, buscar otras soluciones o alternativas que se les pueda ofrecer desde las instituciones encargadas para ello con tal de mantener su autonomía.

Si, además del envejecimiento fisiológico que es ineludible e irreversible, se le añaden otras patologías o factores que sobrepasen las posibilidades de adaptación de la persona mayor como las caídas, polifarmacia, etc., se produce un envejecimiento patológico que conduce inevitablemente hacia un estado de dependencia.

El envejecimiento es un proceso de desarrollo imparables y continuo que se presenta de forma individual afectando tanto a nuestro organismo como a nuestro comportamiento o conducta. Con la terapia con animales se puede actuar sobre esto último, acción que también beneficia a los distintos sistemas orgánicos (por ejemplo, mejora la actividad cardíaca o la muscular).

Según la mayoría de la bibliografía consultada, en los mayores hay un hecho psíquico común: el debate interno que suele manifestarse en pensamientos negativos que se exteriorizan de la siguiente forma:

- Aislamiento.
- Debilidad.
- Desorientación.
- Añoranza.
- Pasividad.
- Desánimo.
- Pérdida de autoestima.

Para evitar estos hechos, se deben desarrollar programas de activación diseñados por un equipo multidisciplinar que aporten la posibilidad de mantener y estimular la autonomía de la persona mayor aprovechando y potenciando sus capacidades físicas, perceptivas y sus automatismos psicomotores. La finalidad primordial debe ser dar prioridad a la participación activa del mayor, ofrecerle los recursos necesarios para facilitarle las actividades de la vida diaria así como proporcionar a sus cuidadores los instrumentos para mejorar su atención y cuidados.

Como consecuencia de este envejecimiento y ya que es la patología más sufrida por el colectivo de personas mayores a las que va destinado el programa, cobra especial relevancia la demencia por lo que se cree conveniente hacer mención de ella así como el tipo de demencia más padecido como es la del tipo Alzheimer.

2.1.1.- ¿Envejecimiento = Demencia?

Una de las enfermedades que causa más discapacidad y dependencia entre los mayores es la demencia. Conlleva una morbilidad y mortalidad importantes lo que supone un coste económico, social y sanitario muy elevado aunque tanto los programas de detección precoz como los tratamientos disponibles en la actualidad (farmacológicos y no farmacológicos) están permitiendo una mejora en la calidad de vida del paciente y su cuidador además de la reducción del impacto económico y social que la enfermedad ha sufrido.

Las demencias son enfermedades cada vez más frecuentes por lo que el incremento en su incidencia está en relación directa con el progresivo envejecimiento de la población. Se calcula que, en el año 2050, el número de enfermos por esta patología puede alcanzar a casi un millón y aún se considera una cifra insuficiente si se tiene en cuenta la alta proporción de casos que existen sin diagnosticar o sin formar parte de las estadísticas estatales. (Prieto C y otros. 2011).

Tabla I: Datos de población mayores de 65 años y pacientes con demencia. Fuente INE (Instituto Nacional de Estadística). Estimados para los años 2030 y 2050.

	Población Total	Mayores de 65 años	Pacientes con demencia
2001	41.116.842	6.796.936	407.816
2004	43.197.684	7.184.921	431.000
2030*	50.878.142	9.900.000	594.460
2050*	53.159.991	16.387.874	983.272

Esta dolencia suele ser muy rara de diagnosticar antes de los 65 años presentándose, aproximadamente, en el 2% de la población entre 65 y 70 años y ascendiendo a más del 80% en los mayores de 80 años. La incidencia normal de este proceso se estima en 0,7 y 0,5% en hombres y mujeres, respectivamente, con edades comprendidas entre 70 y 79 años, elevándose al 1,9 y 2,5% en mayores de 80.

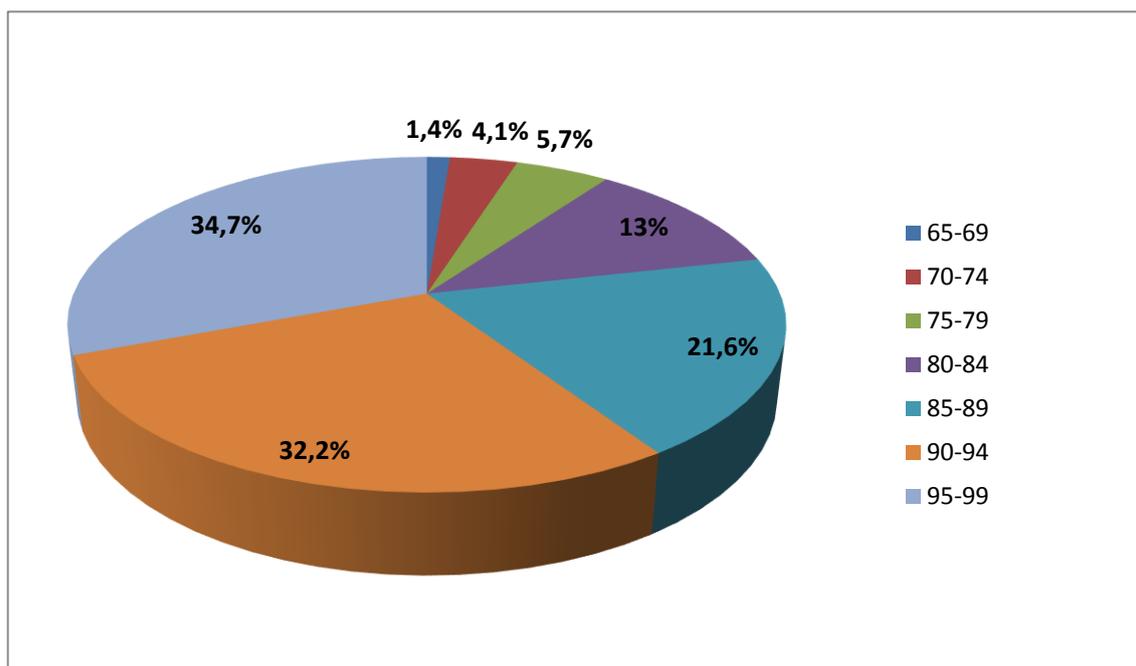


Gráfico III: Prevalencia de la demencia por grupos de edad. Fuente: EURODEM (1996). Elaboración propia a partir de esos datos.

Cuando hablamos de demencia, ¿sabemos realmente a qué enfermedad nos estamos refiriendo? ¿Sólo cursa con pérdida de memoria? ¿Existen diversas causas o formas de demencias? ¿Es tratable? Estas y más dudas pueden surgir cuando se está frente a un paciente diagnosticado de esta patología por lo que es preciso tener claro de qué se está hablando.

2.1.2.- Definición de demencia

Hablar de demencia significa referirse a un síndrome y no a una enfermedad concreta. Se caracteriza, generalmente, por la pérdida adquirida de una, varias o grupo de funciones intelectuales con más o menos alteración conductual con interferencia en el quehacer diario (relaciones sociales, laborales o familiares). Esta disminución de diferentes actitudes intelectuales pueden asociarse con alteraciones sensoriales, motrices y de la personalidad atribuibles a distintas causas patogénicas que incluyen, además de la naturaleza orgánica, otras de tipo social.

2.1.2.1.- Características

Hay unas características generales comunes a las demencias más frecuentes como son:

- Son enfermedades de larga duración.
- Cursan con falta de orientación en el tiempo, lugar y persona.
- Pérdida de memoria para los acontecimientos pasados y recientes.
- Dificultad o incapacidad para pensar de forma abstracta.
- Problemas en el área del lenguaje y de la aritmética.
- Apraxia y agnosia visual.
- Afectan tanto al área psicológica como a la función física.
- Suponen una pérdida global de autonomía generando gran dependencia.
- Su evolución es progresiva y los síntomas varían durante las diferentes fases lo que condiciona las atenciones y recursos necesarios al estadio evolutivo en que se encuentre el paciente.

Tabla II: Principales síntomas conductuales por estadios. Información terapéutica del sistema nacional de salud.

ESTADÍO INICIAL	ESTADÍO MODERADO	ESTADÍO AVANZADO
Depresión Ansiedad Retracción social Falta de iniciativa Apatía	Irritabilidad Ilusiones delirantes Agitación	Comportamiento desinhibido o inadecuado Repetición de acciones sin objetivo Agresividad Apatía marcada

Como se puede observar, la ansiedad y la depresión están asociadas a la demencia. De hecho, las personas con demencia están más predispuestas a padecer estas enfermedades existiendo unas características comunes entre ellas que son vitales para el planteamiento de cualquier intervención: el locus de control externo y la baja autoestima. Cuando se está

sumido en un estado de depresión existe una percepción de incapacidad de afrontar las situaciones de la vida que se avecinan. En el caso de la ansiedad, la anticipación de posibles eventos negativos y catastróficos se une a la percepción de no ser capaz de resolverlos. Es muy importante tener en cuenta esta sintomatología a la hora de diseñar un programa de intervención con mayores ya que es un hándicap a superar con un colectivo en el que prima algunas demencias sobre otras patologías.

2.1.2.2.- Tipos y clasificación de las demencias

Para determinar el tipo de demencia hay que conocer la etiología que las precede. Según esto, pueden ser (Durante P. y otros, 2010):

- Demencias vasculares: Su origen está en las alteraciones de las arterias que riegan el cerebro. Son las demencias multiinfarto.
- Demencias degenerativas: Se asocian a la atrofia y a la regresión patológica del sistema nervioso central. La más frecuente es la demencia tipo Alzheimer y otras como la enfermedad de Pick o Parkinson.
- Demencias de causa psiquiátrica: Se conocen como pseudodemencias siendo la más frecuente la asociada a la depresión.
- Demencias carenciales: Son las asociadas a déficit de vitamina B12 y ácido fólico.
- Demencias de etiología infecciosa: Son las que puede afectar a personas infectadas por VIH, encefalopatías o sífilis no tratada.
- Demencias de causa metabólica: Enfermedades crónicas como la diabetes, hipotiroidismo o deshidratación pueden originar síntomas asociados a la demencia.
- Demencias de causa mecánica: Las agresiones físicas al cerebro pueden lesionarlo y producir un cuadro demencial.
- Demencias de causa tóxica: Producidas por el alcoholismo, consumo de drogas o fármacos.

Tabla III: Clasificación de las demencias según tratamiento. Elaboración propia.

Tratables	No Tratables	Irreversibles Y No Tratables	Irreversibles Y Tratables	Reversibles Y Tratables
· Hipotiroidismo	· Enfermedad de Creutzfeldt Jakob.	· Demencias degenerativas.	· Demencias Vasculares.	· Demencias metabólicas.
· Síndrome de Cushing	· Enfermedad de Alzheimer.	· Alzheimer, Pick.	· Demencias de causa tóxica.	· Vasculitis.
· Psicosis de Wernicke Korsakoff	· Enfermedad de Pick.	· Demencias neurológicas (Creutzfeldt, Jakob, Hungtinton, Parkinson)	· Demencia postraumática.	· Infecciones.
· Déficit de vitamina B12 o ácido fólico.	· Demencia por cuerpos de Lewy.			· Procesos intracraneales.
· Trastornos hepáticos.	· Enfermedad de Parkinson.			
· Intoxicación por drogas y fármacos.				
· Tumor cerebral.				
· Vasculitis.				
· Hidrocefalia normotensiva.				
· Hematoma subdural.				
· Hiponatremia e Hipercalcemia.				

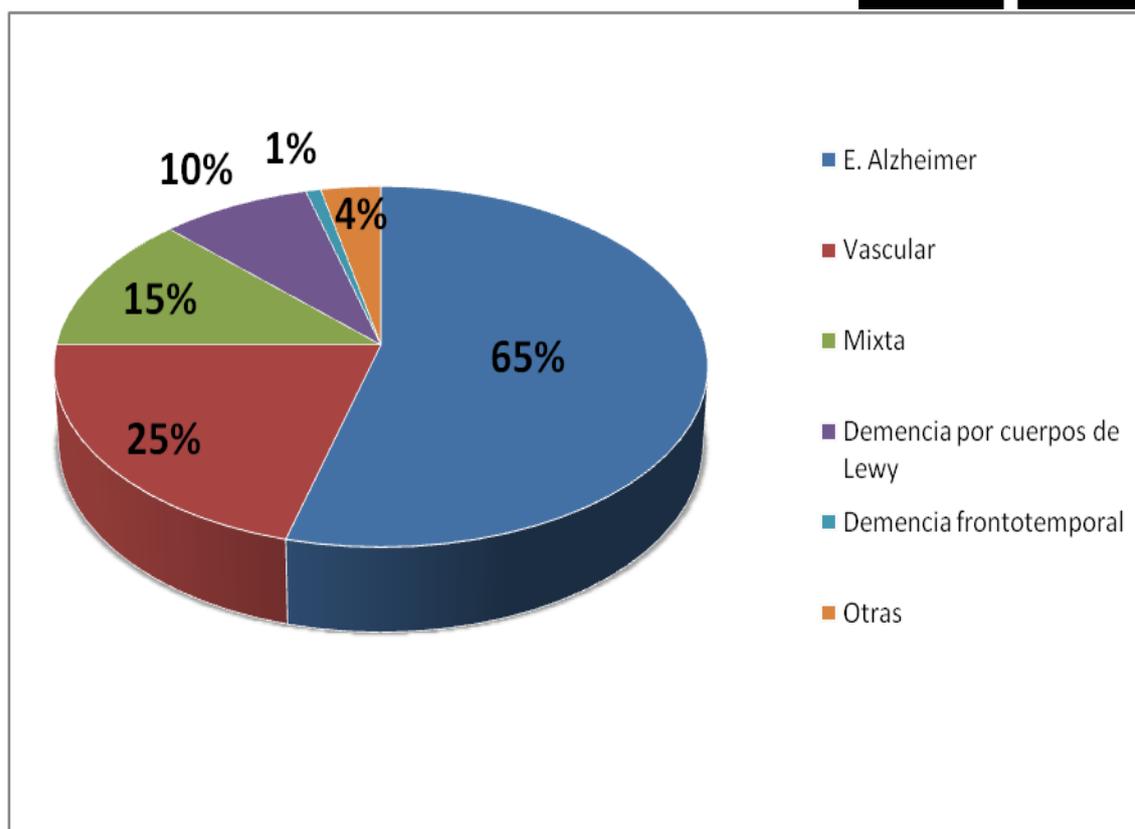


Gráfico IV: Prevalencia de algunos tipos de demencia. Fuente: Impacto social de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Elaboración propia a partir de los datos recogidos de la Fundación española de enfermedades neurológicas.

En las enfermedades degenerativas no existe un tratamiento específico eficaz que haga revertir los síntomas o detener su evolución. Sin embargo, se dispone de fármacos capaces de actuar sobre algunas funciones cerebrales, en especial, la memoria. Dadas las limitaciones y efectos secundarios que conlleva los tratamientos farmacológicos, en los últimos tiempos se ha empezado a observar un creciente interés por otro tipo de métodos más naturales para utilizarlos como complemento a la farmacología y así reducir los posibles efectos que tanto la enfermedad como los distintos tratamientos invaden el sistema orgánico de la persona mayor ya en sí bastante debilitado por el envejecimiento. La influencia de los medios de comunicación en nuestra sociedad ha sido determinante para la evolución y divulgación de las terapias alternativas y complementarias.

Las estrategias terapéuticas se dirigen a la estimulación cognitiva y funcional encaminada a retardar la dependencia, aliviar efectos secundarios que provocan tanto algunos fármacos como la propia enfermedad y al tratamiento de las complicaciones médicas y psiquiátricas.

Dado que, en la actualidad, no se dispone de ningún tratamiento que pueda curar la demencia se intenta retrasar su trayectoria gradual utilizando tanto tratamientos farmacológicos como terapias centradas en el déficit cognitivo que provoca esta patología tratando de promover el bienestar en la persona mayor y aumentando, así, su calidad de vida.

2.1.3.- Demencia tipo Alzheimer

Suele ser la causa más frecuente de demencia en las personas mayores ya que representa entre el 50-70% de los casos mientras que el otro tipo de demencia (vascular) que ocupa el segundo puesto en incidencia supone alrededor del 25% de casos (Se puede observar en la figura II). Con cierta frecuencia, la demencia, se puede deber simultáneamente a ambas razones.

Constituye una de las más graves y, como se ha dicho, frecuentes enfermedades padecidas por la persona mayor por lo que su presencia se encuentra íntimamente relacionada con el envejecimiento por lo que su impacto sobre la salud pública crece aceleradamente, sobre todo, en los países desarrollados donde la longevidad es mayor y el incremento de la población de edad avanzada es tan progresivo.

En nuestro país se considera que existen en la actualidad alrededor de 500.000 casos diagnosticados de esta enfermedad mostrando una probabilidad de 1 entre 25 personas en edad de 65 a 74 años mientras que esta probabilidad aumenta de 1 por cada 2 personas con 85 años.

Analizando los datos anteriores se puede comprobar que es una enfermedad de alta prevalencia, sobre todo, en personas por encima de los 80 años. También es importante matizar que la etiología, a pesar de las investigaciones realizadas al respecto, no se ha podido descubrir y para la cual no se dispone de ningún tratamiento curativo. A pesar de esto, los avances en las investigaciones han podido lograr el control de algunos de los síntomas a la vez que la mejora en la calidad de vida de estos pacientes máxime si se cuenta además con el apoyo de las terapias no farmacológicas así como de profesionales dedicados a intervenir para minimizar los efectos que conlleva la enfermedad. Con respecto al control de los síntomas, los trastornos de conducta se convierten en protagonistas obligados para orientar la farmacología adecuada, sin embargo, estos fármacos tienen excesivos e importantes efectos secundarios que se pueden utilizar algo indiscriminadamente tratando de aliviar lo que se puede controlar por otros medios que no sean tan invasivos como los fármacos. Estos trastornos conductuales se encuentran hasta en un 58% de los pacientes pudiendo llegar a generar conflictos, peligros o dificultades para el autocuidado, socialización y calidad de vida.

2.1.3.1-Síntomas conductuales

En las fases iniciales de la enfermedad se aprecia irritabilidad con la percepción de que “algo va mal” con la memoria y se encuentran dificultades para hallar las palabras adecuadas y el empleo del pensamiento. La irritabilidad puede ir acompañada de enfado y frustración ante la imposibilidad para expresarse de una determinada situación o por no ser entendido lo que puede desembocar en una fase depresiva con pérdida de interés por cualquier actividad. Algunos pacientes, en estas fases, niegan tener dificultades con la memoria o con la actividad intelectual.

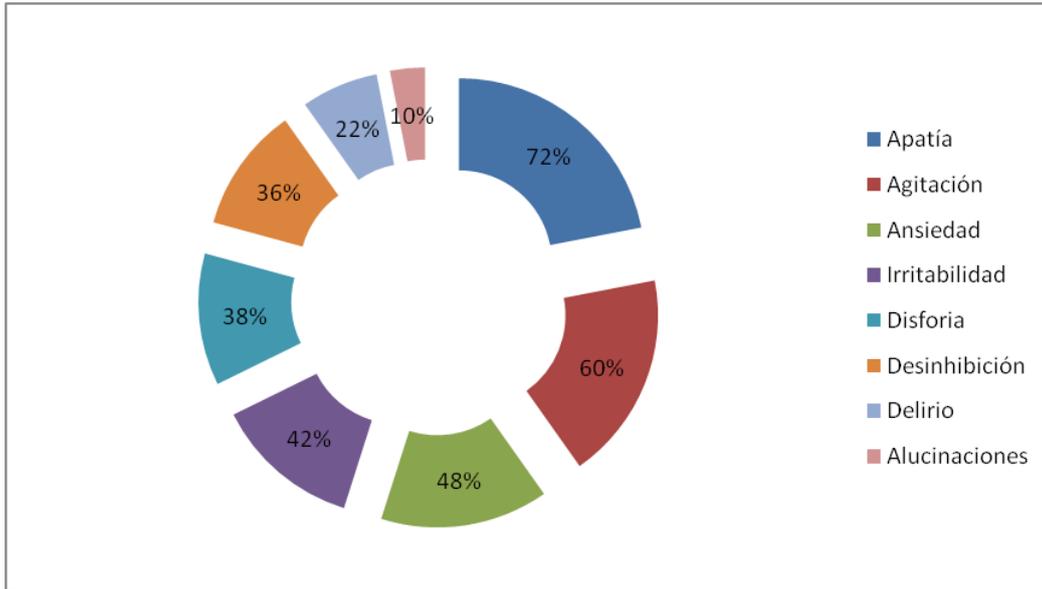


Gráfico V: Alteraciones del comportamiento en la demencia tipo Alzheimer. Elaboración propia a partir de los datos de Mega y cols. de 1996.

Si se realiza una comparativa con los principales síntomas conductuales en las demencias (Tabla II) se observa que existen muchas similitudes entre ambas.

Los síntomas conductuales más frecuentes que pueden presentarse en estos pacientes y que hay que tomar en cuenta a la hora de intervenir son los siguientes:

- **Agitación y agresión:** Suelen darse como resultado de un escaso control. La intervención en estos casos se llevará cabo a través de la utilización de distracciones y de la relajación.
- **Trastornos de la memoria:** Es uno de los más característicos síntomas comunes en las demencias, sobre todo, con el tipo Alzheimer. Se olvida dónde se han dejado objetos, se repite incesantemente la misma pregunta o conversación, etc. La respuesta debe de ser con una corrección adecuada siempre hablándoles con frases cortas y concretas.
- **Trastornos afásicos o del lenguaje:** Debido a la lesión cerebral que provoca la enfermedad, se tienen dificultades para la comunicación por lo que añade mayores problemas en las relaciones interpersonales facilitando el aumento del aislamiento y el deterioro. Es importante utilizar al máximo la escucha activa y el lenguaje corporal para minimizar el déficit que presenta el paciente para comunicarse.
- **Vagabundeos:** Es provocado por las dificultades de orientación que padecen y suelen darse en un intento de buscar familiares. Se interviene con el acondicionamiento del entorno, acompañar en los paseos o mantenerle ocupado en actividades que le atraigan.
- **Insomnio:** Los trastornos del sueño pueden deberse a distintos factores como: efectos de fármacos, trastornos psiquiátricos, reflujo gástrico, etc. Es recomendable analizar las causas del insomnio e implantar unas rutinas adecuadas del sueño. También es efectivo recurrir a actividades relajantes.
- **Reacciones catastróficas:** Suelen darse cuando el paciente se enfrenta a situaciones o tareas excesivas que puedan causarle fatiga. Se procurará darle a realizar tareas simples que no le provoquen ningún tipo de estrés.

- Alteraciones en la alimentación: Es fácil que se olviden de comer, que no reconozcan los cubiertos (agnosia) o no saben utilizarlos (apraxia). El tratamiento educativo consistirá en recordatorios a la hora de comer o de utilizar los cubiertos reeducando en este sentido. Todavía se está lejos de una solución definitiva o, incluso, satisfactoria para esta lacra entre las personas mayores.

Según el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV), la demencia tipo Alzheimer constituye un síndrome caracterizado por el desarrollo de múltiple déficit cognitivos incluyendo la afectación de la memoria y, al menos, unos de los siguientes trastornos: afasia, apraxia, agnosia y alteración de la función ejecutiva. El trastorno puede ser suficientemente intenso para producir daño en las funciones sociales y ocupacionales. Su aparición y evolución son graduales con un continuo declinar cognitivo.

Como se ha visto, la Enfermedad de Alzheimer, constituye un proceso demencial progresivo que daña al sujeto en muchas de sus funciones mentales superiores reduciendo su propia historia y la relación con el mundo. La rehabilitación, en este tipo de demencia, no trata de recuperar una normalidad funcional sino una compensación para reducir al mínimo el deterioro progresivo de la persona así como los efectos colaterales que producen algunos fármacos. La intervención terapéutica trata de extenderse a los diversos ámbitos del individuo, costumbres, medio social... Por lo que el equipo rehabilitador debe de tener un amplio conocimiento del paciente y de su entorno, de su historia personal previa y necesidades, de sus capacidades psicofísicas y bagaje cultural así como de los apoyos que pueda recibir.

El hecho de que la demencia tipo Alzheimer sea una enfermedad progresiva también exige una constante revaloración del paciente y la modificación de los objetivos que se pretenden conseguir, medios que se deben utilizar desde los tratamientos conductuales a los ejercicios físicos o desde las actividades encaminadas a su autonomía a la estimulación del lenguaje. Las ayudas y logros que se puedan lograr en su independencia, por mínima que ésta sea, pueden constituir metas decisivas para un paciente que, progresivamente, se va alejando del mundo y de sí mismo.

Tanto en el plano personal como familiar y social, las consecuencias de la Enfermedad de Alzheimer son devastadoras y exigen una especial sensibilidad, preparación y fortaleza por parte de todas las personas que rodean al paciente, entre ellos, los profesionales de diferentes disciplinas que forman parte del tratamiento directo tanto desde el campo sanitario como desde el campo social. En la evolución de la enfermedad se presentan frecuentes problemas asistenciales que pueden ir desde el frecuente ingreso hospitalario hasta la institucionalización definitiva, decisión ésta que siempre suele ser difícil de tomar desde el ámbito familiar. Por lo que debe de ser un objetivo prioritario buscar fórmulas asistenciales que aúnen la permanencia en el hogar con el alivio familiar.

2.2. Terapia Asistida con Animales

El animal doméstico exhibe características muy positivas en el trato con el ser humano como es la falta total de reacciones vengativas o rencorosas; el animal permite y busca el contacto corporal con el humano, entiende sin palabras, se expresa con gestos claros y

directos, nunca rechaza a quien se acerca a ellos amablemente y no conoce la compasión por lo cual tiene un comportamiento natural ante cualquier persona.

La bondad de la relación hombre–perro como terapia se ha demostrado, entre otros casos, en la reducción del estrés en enfermos con diversos tipos de demencias, sobre todo, con la de tipo Alzheimer ya que se muestran más tranquilos y relajados con la presencia de un animal en su entorno. En estos pacientes se ha comprobado el denominado “efecto contacto” ya que el contacto con el animal provoca un efecto relajante para estos enfermos.

El estudio de Signe Llopis (2009,2) dice que:

El contacto con animales no sólo ayuda en la recuperación de enfermedades cardiovasculares sino que, incluso, puede llegar a prevenirlas, la observación implícita o el estar en presencia de animales tiene un impacto directo tanto en la respuesta fisiológica como en la salud psicológica: menor ansiedad y menor depresión.

Este tipo de terapia y los estudios realizados sobre los beneficios que aporta tardó mucho tiempo en llegar a nuestro país ya que nunca nadie se planteó tomar en cuenta a los animales como beneficiosos para la salud. Aún en la actualidad, esta afirmación es recogida con muchas reticencias.

En lo referente a otro tipo de situaciones, los animales ayudan a que humanos de todas las edades mejoren su situación debida a enfermedades por las que padecen limitaciones tanto físicas como mentales.

Cierto es que, aunque la TAA sigue creciendo, es aún impensable su implantación en hospitales públicos o en programas a nivel estatal a pesar de que numerosas investigaciones a nivel nacional e internacional avalan el lado positivo de este tipo de terapia pero aún son muchos los profesionales de diferentes ramas que ven en este tipo de terapias más limitaciones que ventajas.

El trato con animales adquiere también gran importancia en el área pedagógica porque desarrolla en el ser humano cualidades sociointegrativas como la comunicación análoga o no verbal, tolerancia, paciencia y sentido de la responsabilidad. Cualidades que se pueden aprovechar en diversos colectivos para corregir o aprender en situaciones que requieran un apoyo educativo.

Visto el interés que nuestro país ha ido desarrollando por este tipo de terapias en los últimos años, ya son muchas las universidades nacionales que están creando todo tipo de cursos de formación y de posgrado ante el interés suscitado así como instituciones privadas encargadas de poner a disposición de los alumnos proyectos innovadores teniendo a los animales y usuarios como principales protagonistas. Ejemplo de esto se puede hacer referencia a los cursos que ofrece la Universidad a Distancia de Madrid (UDIMA) o instituciones privadas como Lincoln Consulting S.L.

2.2.1.- TAA y personas mayores

La longevidad en general y, específicamente, las psicopatologías del colectivo de personas mayores conlleva un triple orden de requerimientos a los que es necesario atender:

- Las brechas existenciales de la edad senil.
- Las repercusiones sociales.

- La morbilidad mental.

Existe una serie de signos negativos que se repiten en este colectivo y que siempre hay que contar con ellos ante una intervención:

- Aislamiento que les acarrea la soledad.
- Desorientación que produce no tener un domicilio único sino ir rotando con hijos.
- Pasividad ante la desocupación que padecen.
- Predisposición al desánimo y a la pérdida de su autoestima.
- Debilidad física y mental que depara a la decadencia.
- Retorno vivencial al pasado del que añoran sus momentos de plenitud.

Posiblemente este sea el colectivo donde más se ha difundido este tipo de terapia, sobre todo, con mayores residentes en una institución y se ha comprobado que sólo la visita del animal les proporciona beneficios muy positivos como la disminución del sentimiento de soledad. Para Signes Llopis (2009) y otros autores, las sesiones de TAA mejoran la calidad de vida de este colectivo aliviando el sentimiento de soledad, depresión y aburrimiento que tienen algunas de las personas mayores que habitan en una residencia geriátrica.

Hay que tener en cuenta que, no sólo se obtienen beneficios terapéuticos en las sesiones de TAA con los mayores, sino que está demostrado que también a nivel fisiológico se pueden observar importantes mejoras como la disminución de los niveles de colesterol y la presión arterial por lo que el riesgo de padecer alguna dolencia cardíaca es más bajo, reducción del estrés y la ansiedad, mejora de la movilidad... Estas sesiones van encaminadas hacia la mejora de las áreas de actividad, comunicación verbal, expresión corporal, socialización con residentes y trabajadores, etc.; También desempeñan un papel fundamental en la psicología y en la rehabilitación física y educativa.

Desde la terapia con animales se encuentran una serie de recursos que se pueden explotar y, todos ellos, derivados de la relación humano-animal.

Este tipo de terapias ha demostrado ser un arma efectiva para el manejo de muchas patologías sin contraindicaciones o efectos secundarios pero, eso sí, proporcionando al paciente que la recibe grandes beneficios terapéuticos. Según Cusack, (2.008), los animales poseen una capacidad sin límite para el amor incondicional, sin juicios, lo que es beneficioso para una gran variedad de personas especialmente en el caso de los ancianos cuyo vínculo con los animales de compañía suele ser más fuerte y profundo que en otras etapas de la vida.

2.2.2.-Antecedentes históricos de la TAA (Terapia Asistida con Animales)

Podemos encontrar una revisión histórica de los orígenes de la terapia asistida por animales en Estivill (1999).

A finales del siglo XVII se empezaron a producir cambios en la percepción que tenía la sociedad sobre los animales. A partir de entonces, fue aumentando la simpatía hacia los seres vivos distintos al hombre gracias, en gran medida, a la incipiente costumbre de la aristocracia de tener mascotas.

En 1669, John Locke defendía que el trato con los animales desempeñaba una función sociabilizadora. Por esas fechas comenzaron a divulgarse las primeras teorías sobre el

influjo sociabilizador de los animales de compañía y su uso con enfermos mentales. En 1813, William Tuke en un informe para instituciones psiquiátricas, planteó el fomento del paseo en los enfermos por los patios y jardines en los que había pequeños animales domésticos. Según Tuke, el trato con estos animales hacía que se despertasen sentimientos sociales en los internos. Por otro lado, según documentación en prensa de la época, las mujeres internas en hospitales mentales en los cuales convivían con perros y gatos, se sentían más tranquilas gracias a la compañía que éstos les proporcionaban.

La primera utilización de animales de compañía como terapia se registró en 1792, en el asilo de York (Reino Unido), donde usaron perros como reguladores positivos del comportamiento. En 1867, una institución alemana denominada Bethel las aplicó con enfermos epilépticos. Hacia 1940, el Centro Pawling de Convalecencia de las Fuerzas Aéreas de EEUU decidió relacionar animales de granja con los veteranos convalecientes buscando que actuaran como refuerzo efectivo en la rehabilitación.

En 1962, el psiquiatra Boris Levison detalló el aspecto positivo del contacto de jóvenes pacientes introvertidos a través de su perro percatándose de que ayudaba a los pacientes a comunicarse, a expresar sus emociones y a tranquilizarse. A partir de ese momento utilizó mascotas en las terapias y comenzó a exponer sus experiencias en numerosas convenciones médicas además de la publicación de un libro suyo que se convirtió en la base de las terapias asistidas con animales.

Más tarde, hacia 1970, Sam y Elisabeth Corson continuaron los trabajos de interacción entre jóvenes y animales de compañía en el hospital de la Ohio State University donde observaron que los pacientes, al oír los ladridos de los perros, solicitaban jugar con ellos y demostraron que la mayoría mejoraban su comportamiento introvertido.

También en 1991, el estudio de James Serpell: *Efectos beneficiosos en los propietarios de mascotas en varios aspectos de la salud y comportamientos humanos*, demostraba que hay menos problemas de salud en el primer mes después de adquirir una mascota y esto se conserva hasta 10 meses, ya que entre otras cosas, aumenta la autoestima y se realiza más ejercicio.

2.2.3.-Situación en España y sus aplicaciones.

A comienzos de la década de los 90, la Fundación Affinity, presentó la terapia asistida por animales de compañía a la comunidad médica española intentando mostrar sus beneficios a través de congresos y charlas por todo el país con distintos especialistas.

Gracias a esos inicios, actualmente, la terapia asistida por animales (TAA) es una práctica reconocida y cada vez más extendida en diversos ámbitos dando lugar a la formación de organizaciones y asociaciones dedicadas a la utilización del animal de compañía como terapeutas. Algunos centros u organizaciones de TAA en España:

- ✚ ANDAS, Asociación Nacional de Animales de Servicio.
- ✚ Animal Amigo.
- ✚ Armonía animal: Se caracterizan por sus caballos en miniatura y su granja.

- ✚ Asociación española de perros de Asistencia (AEPA): Su principal objetivo es adiestrar perros de asistencia para entregarlos a personas discapacitadas e informar sobre la utilización de estos perros.
- ✚ Fundación Bocalán: Es la fundación por excelencia dedicada a la instrucción de expertos en caninoterapias contando con una proyección intensa tanto a nivel nacional como internacional al igual que EDUCAN.
- ✚ Fundación Affinity: Que, como se ha dicho anteriormente, fue creada a comienzos de la década de los años 90. En sus inicios, se denominaba la Fundación Purina y fue la impulsora de este tipo de terapias en nuestro país.
- ✚ Fundación ONCE del perro-guía: También sus inicios datan de 1990 y pertenece a la Federación Internacional de Escuelas de Perros Guía. En la actualidad, sigue siendo el mayor centro de adiestramiento de perros en Europa, sobre todo, para invidentes así como de formación de profesionales de adiestramiento canino aunque este objetivo aún está en fase de desarrollo.
- ✚ Hydra-SATA: Dedicados a la asistencia y terapia con animales.
- ✚ INTEGRA: Programas terapéuticos.
- ✚ Terapia Animal: Un grupo de profesionales de diversas ramas dedicados a la terapia con animales.
- ✚ AIAP (Asociación de Intervenciones Asistidas con Perros): Nació con la idea de fomentar y difundir las Intervenciones (Terapia, educación y actividad) Asistidas con Perros como método terapéutico y educativo en personas con discapacidad o necesidades especiales. Actualmente también utilizan otros animales.
- ✚ ANTA o Asociación Nacional de Terapias y Actividades Asistidas por animales: Tienen como objetivo primordial el fomento de las terapias asistidas con animales.
- ✚ Fundación Caballo Amigo: Dicha institución toma como referencia al caballo para la rehabilitación en niños con distintos problemas como: Síndrome de Down, parálisis cerebral o espina bífida.
- ✚ Fundación Delfín Mediterráneo: Utiliza al delfín como herramienta para minimizar trastornos producidos en la depresión, en los problemas de comunicación, en autismo u otros tipos de capacidades.

2.2.4.-Regulación normativa /Legislativa

A diferencia de otros países, España, aún no contempla una legislación concreta para la terapia asistida con animales aunque sí la hay tanto a nivel nacional como autonómico para perros de asistencia y perros guía. Toda la normativa vigente en la actualidad excluye a los perros utilizados para las terapias por lo que es un hándicap aún por superar en nuestro país.

Países como EEUU o Canadá han tomado distancia en este aspecto ya que llevan años con una legislación que regulariza la admisión de estos animales en cualquier establecimiento y medio de transporte mientras que, en nuestro país, esa licencia sólo está reservada a los perros guía dentro de algunas comunidades.

Es importante destacar que hay comunidades como la Valenciana, Galicia o el País Vasco que sí cuentan con una legislación específica para ellos, sin embargo, el resto de

comunidades sólo cuentan con proyectos de ley congelados esperando a una normativa real que regule el acceso de los perros de terapia y asistencia a cualquier lugar público.

2.2.5.- Beneficios de los animales sobre el ser humano

Según Zamarra (2002) existen treinta razones saludables para tener animales y, entre ellas, se pueden destacar estas:

- 1.- Acariciar un animal o sacarlos a pasear, reduce la tensión en personas hipertensas y previenen la aparición de afecciones cardiovasculares.
- 2.- Los animales son muy buenos co-terapeutas y ayudan a combatir la soledad.
- 3.- Los animales de compañía pueden fortalecer y mejorar los resultados en cualquier programa de disfunción cognitiva en niños (autismo) o en mayores (Alzheimer).
- 4.- El hecho de tener un animal en casa aumenta la autoestima en niños, adultos y ancianos desarrollando el sentimiento de afecto y la seguridad en sí mismos.
- 5.- Los animales son la mejor fuente de apoyo y refuerzan el sentido de autosuperación ante situaciones adversas de la vida.

2.2.6.-Función de los animales como coterapeutas.

Para Palley y colaboradores (2010), antes de empezar con una interacción terapéutica humano-animal hay que plantearse ciertas dudas: ¿Qué tipo de animal vamos a utilizar?, ¿Qué tamaño y de qué raza?, ¿Es un animal conocido o desconocido para los usuarios?, ¿Cuánto tiempo debe de estar el animal en contacto físico con la persona a tratar?

Martínez Abellán (2008 y 2009) afirma que la selección de los animales que se utilizan en los programas de Terapia Asistida con Animales (TAA) puede llegar a significar el éxito o el fracaso de los mismos.

Es cierto que el animal puede responder positivamente en una intervención pero siempre hay que tener un conocimiento exhaustivo de varios factores: las personas o colectivo con el que se va a intervenir, las necesidades de éstos, objetivos planteados, comportamientos que se puedan dar tanto por el animal como por el humano...

Teniendo todo esto en cuenta y, tras un análisis profundo de todas las cuestiones que pudieran surgir, estas son las distintas terapias que se llevan a cabo con animales y también las más conocidas:

- **Equinoterapia:** Según la bibliografía consultada sobre el tema, sobre todo, en el libro de Edith Gross (2006) se define como un tipo de terapia que utiliza al caballo como instrumento terapéutico. Se puede considerar una terapia integral ya que cumple funciones fisioterapéuticas así como en el área psicológica, pudiéndose utilizar como terapia complementaria a otras de cualquier tipo.
En el Congreso Internacional de la Monta Terapéutica (Toronto, 1988) se decidió la división de la equinoterapia en tres áreas:
 - a) Hipoterapia.
 - b) Monta terapéutica y volting.
 - c) Equitación como deporte para discapacitados.

Al ser englobadas estas tres áreas con la equinoterapia, abarca la integración de cuatro ámbitos profesionales: la medicina, psicología, pedagogía y deporte.

El origen del uso del caballo para prevenir y curar diversas dolencias se remonta muy a la antigüedad ya que se dice que Hipócrates alababa el ritmo saludable del montar y lo integraba en la exercitia universalis. Después, en la medicina de los siglos XVI, XVII y XVIII, también se recomendaba el ejercicio de montar como método curativo como medida preventiva.

La equinoterapia surgió después de la 2ª Guerra Mundial en Escandinavia y Alemania donde se comenzó a trabajar con las personas aquejadas de parálisis cerebral.

La danesa, Lis Hartel, contribuyó con su propio ejemplo a la difusión de los beneficios que se podían obtener por medio de la monta ya que ella sufrió poliomielitis en una edad adulta y, gracias a su pasión por los caballos, llegó a ganar medallas en la disciplina de adiestramiento en los Juegos Olímpicos de Helsinki (1952) y en los de Melbourne (1956). Se considera al doctor Max Reichenbach pionero en la investigación científica de la equinoterapia elaborando, desde 1953, los primeros estudios científicos con numerosos pacientes en su clínica de fisioterapia.

Aquí, en España, fundaciones como la Fundación Caballo Amigo fundada en 1998 ha sido la encargada de difundir en nuestro país las terapias ecuestres a beneficio de personas con distintas discapacidades como puedan ser: psíquicas, neurológicas y mentales, sensoriales, trastornos de la conducta y del comportamiento o trastornos del aparato locomotor.

Los principios terapéuticos en los que se basa la equinoterapia son:

1º.- Transmisión del calor corporal del caballo al cuerpo del jinete. Esto produce unos resultados positivos a distintos niveles:

- Valor fisioterapéutico: El calor corporal del caballo transmitido por medio de incontables estímulos sensoriales táctiles promueven la estimulación sensorial para una adecuada sensopercepción. El mayor flujo sanguíneo estimula el sistema circulatorio lo que beneficia, en general, la función fisiológica de los órganos internos.
- Valor psicoterapéutico: El efecto “mecedora” de la monta a caballo da, además, la posibilidad de utilizar la hipoterapia con excelentes resultados en la estimulación temprana lo que acelera el desarrollo físico-psíquico del paciente.

2º.- Transmisión de impulsos rítmicos del lomo del caballo al cuerpo del jinete. Las reacciones beneficiosas que esto produce son:

- Valor fisioterapéutico: La transmisión rítmica, continua y alterna de los impulsos fisiológicos emitidos desde el lomo del caballo estimula a que la musculatura dorsolumbar y abdominal aproveche ese movimiento rítmico y regularizado para favorecer la coordinación sutil del tronco, efectos funcionales sobre la peristalsis del intestino y del sistema respiratorio.
- Valor psicoterapéutico: La sensación de impulso y avance hacen restablecer la confianza en uno mismo y el entorno.

3º.- Transmisión de un patrón de locomoción tridimensional equivalente al patrón fisiológico de la marcha humana.

- Valor fisioterapéutico: El patrón fisiológico de la marcha humana que el paciente realiza durante la monta, se graba en el cerebro y se automatiza con el tiempo lo que hace posible su transferencia a la marcha pedestre (Strauss, 1991).
- Valor psicoterapéutico: Con la estimulación del libre movimiento del cinturón pélvico es posible inducir la liberación de emociones o bloqueos reprimidos por lo que se restituye la vitalidad y las ganas de vivir.

En resumen, el caballo transmite impulsos rítmicos a la columna vertebral, cintura pélvica y miembros inferiores influyendo en el equilibrio, tono muscular, destreza muscular y coordinación además se activa el sistema nervioso generando una mejora de la percepción del esquema corporal y del control postural favoreciendo el aprendizaje motor. Cabe destacar (no menos importante) la estimulación del sentido táctil al tocar el pelo del animal que al mismo tiempo le transmite a la persona calor para la relajación del músculo. Durante esta actividad se produce un intercambio entre diferentes personas bien entre profesor, familiares u otros pacientes por lo tanto se promueve la integración social.

- **Delfinoterapia:** Según la bibliografía consultada tomando como ejemplo a Oropesa Roblejo y cols. (2009) hablan de la terapia llevada a cabo con delfines en estos términos: “El propósito general de una delfinoterapia es motivacional aunque se pueden lograr algunos objetivos relacionados con el lenguaje, la motricidad y el pensamiento conceptual”.

Parece que la emisión de sonidos por parte del delfín pueden ser curativos por lo que, a diferencia de la hipoterapia o caninoterapia, no es el contacto con el animal lo que hace eficaz la terapia sino las ondas de ultrasonido que emite y la influencia que éstas tienen sobre el sistema nervioso central de las personas.

Dicha terapia es bastante recomendada para niños que padecen algún tipo de discapacidad relacionada con el sistema nervioso central así como de tipo emocional como puedan ser el autismo, síndrome de Down, depresiones...

El país pionero en este tipo de terapia fue Estados Unidos hacia 1978 con las investigaciones realizadas por los doctores Horace Dobbs de Escocia y el Dr., David Nathanson de Florida. En España, los que iniciaron el tratamiento de pacientes con síndrome de Down, autismo y depresiones eran miembros de la Fundación Delfín Mediterráneo cuyos trabajos en el delfinario de la Costa Brava de Girona mostraron resultados realmente espectaculares (Oropesa Roblejo y cols., 2009).

- **Otros animales:** Animales como tortugas, gatos, hámster u otros de pequeño tamaño así como los que viven en granja aún no se ha estudiado ampliamente sus efectos terapéuticos sobre el ser humano pero, según la bibliografía consultada, se están abriendo caminos en torno a este sentido ya que es indudable el beneficio que se obtiene al convivir con otro ser vivo de distinta especie.

2.2.7.- Caninoterapia o terapia con perros

Caso aparte de las terapias expuestas anteriormente se encuentra la **caninoterapia** o, lo que es lo mismo, la terapia realizada con perros como la más difundida y utilizada ya que, según Signes Llopis (2009), se muestra ideal por los siguientes motivos:

- El perro, como ser vivo que es, se convierte en un estímulo multisensorial que rompe la monotonía favoreciendo una alta interacción. Tiene capacidad de mejorar la autoestima y la sensación de seguridad.
- Si se quiere conseguir objetivos a corto plazo se considera un instrumento muy efectivo.
- Facilita la relación social aumentando la motivación del paciente con el que se interviene ya que se considera un “lubrificante” emocional. Dada su falta de juicios de valor ante la persona hace posible una mejora en la autoestima.
- También el perro, como el resto de animales, es un terapeuta nato ya que eleva nuestra tasa de aptitud, aumentando nuestra supervivencia.
- Los niños lo pueden utilizar como un objeto transicional por lo que, con esa utilidad, se puede trabajar con éstos la atención, la concentración, la sensibilidad, amor sin propiedad, el compartir vivencias y posesiones, el área socioemocional...

- Es más barato y accesible que otros animales siendo más fácil disponer de un perro que otro tipo de animales como puedan ser los delfines o los caballos.
- Son muchas las personas que han tenido experiencias o cercanía con algún perro, lo que facilita llevar a cabo la terapia/actividad.

Según un estudio clínico realizado en el hospital Mount Sinaí Beth Israel (Nueva York) con el apoyo de la Fundación Good Dog, Zoetis y la Fundación Pfizer a finales del año pasado, demuestra los beneficios de la terapia asistida con animales en pacientes adultos con cáncer sometidos a tratamiento complejo de radio y quimioterapia. Este estudio ha demostrado que el uso de perros con fines terapéuticos puede mejorar el bienestar de algunos pacientes de cáncer, siendo el primero en documentar los beneficios de la terapia asistida con animales en pacientes adultos enfermos de cáncer. Estos resultados, publicados en el *Journal of Community and Supportive Oncology*, son los primeros que muestran una mejora del bienestar emocional y de la calidad de vida en los enfermos con esas características.

Ya que es el perro el protagonista de la intervención que se diseña, se considera imprescindible un conocimiento más profundo de este animal tan cercano a la rutina del ser humano y, a la vez, tan lejos del conocimiento que tenemos de él sobre los beneficios que aporta o la ayuda que ofrece.

Los perros poseen unas características innatas para ser terapeutas y que les hace ser muy útiles para combatir trastornos de la conducta, agresividad, bajo rendimiento escolar, falta de autoestima, problemas de socialización, autismo... Pero esto no quiere decir que todos los caninos sean aptos para llevar a cabo la función de terapeutas por lo que se necesita una valoración previa de la capacidad que tiene cada perro a través de exámenes para detectar posibles patologías de comportamiento, agresividad o inestabilidad, etc. que les haga ser desestimados para los fines que se proponen. A los perros que gozan de posibilidades de ser terapeutas se les adiestra para juegos específicos, acompañamiento, escucha, satisfacer necesidades afectivas que el humano pueda necesitar sin pedir nada a cambio.

Las características a las que antes se hacían mención son:

- ✚ Sociabilización: Los perros destinados para la TAA suelen estar integrados en un ambiente familiar de modo que están en contacto con personas mayores y niños. Suelen permanecer en grupo donde practican entre ellos los juegos aprendidos, mejorando su trabajo en grupo y aprendiendo a vivir en comunidad compartiendo espacios.
- ✚ Carácter: Cada perro tiene su propio carácter por lo que es importante hacer especial hincapié en la selección del animal adecuado para tratar cada caso concreto. Para que un perro pueda ser un buen terapeuta es conveniente que esté:
 - Habitado al lugar donde llevará a cabo a terapia.
 - Acostumbrado a ambientes tanto ruidosos como en silencio.
 - Sociabilizado con personas de distintas características, edades o caracteres.
 - Dotado de un carácter equilibrado.
 - Acostumbrado a todo tipo de trato que pueda responder correctamente tanto a una caricia como a una brusquedad.
- ✚ Salud y alimentación: Además de las vacunaciones y desparasitaciones periódicas habituales, mientras trabajan se les desparasita interna y externamente una vez al mes.

También se les baña con champú desinfectante semanalmente y se les realizan analíticas de ciertas zoonosis.

Asimismo, durante el tiempo que dure la intervención terapéutica el animal será controlado en su estado sanitario, se debe asegurar que no son sometidos a daños físicos o psicológicos por parte de otras personas y se les evalúa periódicamente para comprobar su estabilidad y validez para la terapia.

2.2.7.1- Selección del animal de terapia.

Después de una primera fase de selección del animal donde se tendrán en cuenta las características básicas que se han expuesto anteriormente, se les realiza unos test donde se miden: su atracción social, es decir, su facilidad para interactuar con personas y entornos variados, la fidelidad, tanto su dominancia como su sumisión, la sensibilidad a señales acústicas y visuales, olfato, la afectación de órdenes o tratos inadecuados (la dignidad del animal).

Una vez que tenemos en cuenta todas estas características, es más que evidente que las necesidades de un perro de Terapia son cubiertas por estas razas: Pastor Alemán, Labrador y Golden Retriever puesto que son ejemplares de tamaño medio pero robusto, tienen una sensibilidad media que les permite adaptarse perfectamente a su entorno, suelen ser muy afables, inteligentes y curiosos con lo que les rodea, son animales fieles con sus guías y motivados para el trabajo (Signes Llopis, 2009).

2.2.8.- Beneficios que aporta el perro

El perro puede proporcionar mejoras en diversos aspectos aunque, principalmente, a nivel sensorial, motor, cardíaco, psicológico y social. Según una recopilación de la diversa bibliografía encontrada sobre el tema, estos son algunos de los beneficios que se han demostrado:

- ✓ **Nivel sensorial:**
 - Vista: El hecho de mirar a un perro marca un punto de referencia que aporta estabilidad a la persona manteniéndola cerca de su entorno.
 - Oído: Escuchar al perro permite ayudar a escuchar a otras personas y, por tanto, refuerza la comunicación.
 - Tacto: La necesidad de los humanos de tocar y ser tocados se satisface al acariciar a algún animal percibiendo las distintas sensaciones térmicas que aporta otro ser vivo.
- ✓ **Sistema motor:** El contacto con perros obliga a realizar algún tipo de ejercicio desde la movilización de las manos al acariciarlo hasta dar largos paseos. Esto lleva a mejorar el sistema muscular y al aumento de la actividad física.
- ✓ **Sistema cardiovascular:** El perro nos proporciona una sensación de bienestar que es base fundamental para la buena salud del corazón.

En definitiva, en los aspectos físicos, la TAA conlleva determinados beneficios como:

- Ayuda en la recuperación de algunas enfermedades como el infarto de miocardio.
- Prevención de algunas enfermedades, sobre todo, las de afectación cardíaca.
- Mejora en la calidad de vida lo que supone también un aumento en la longevidad por el ejercicio, la vida sana y la disminución del estrés.
- Incremento tanto en la resistencia como de la forma física.
- ✓ **Nivel psicológico:** Dentro de los beneficios que aporta la TAA en este sentido se encuentran los siguientes a modo de ejemplo:
 - Mejora de autoestima: La forma de amor incondicional que ofrece el perro y su falta de valoración hacia el ser humano ya que está libre de juicios y críticas, hace que aumente la seguridad en sí mismos y su autoconcepto que también se encuentra relacionado con la autoestima.
 - Creación de un vínculo positivo con el exterior: Los perros fuerzan a socializarse con personas de nuestro entorno ya que propician infinidad de conversaciones en las que estamos obligados a hablar y a escuchar. Favorecen el aumento de la interacción a nivel verbal y no verbal.
 - Mejora en la toma de decisiones: Ser el responsable de un animal hace que se tengan que afrontar problemas derivados de su posesión.
 - Mejora de la comunicación verbal y no verbal: Como se ha dicho anteriormente, producto del aumento de la interacción con la gente del entorno más cercano es el hecho de que se habla más lo que ayuda a mejorar la comunicación verbal. Por otro lado, dada la incapacidad que tiene el perro para expresarse con palabras, el ser humano aumenta su esfuerzo por hacerse entender ante el animal utilizando el lenguaje no verbal.
 - Mejora de las relaciones interpersonales y la extroversión: También consecuencia de lo explicado en los anteriores apartados.
 - Desarrollo del pensamiento positivo: El perro no provoca pensamientos problemáticos como ocurre con la relación con otras personas en el entorno personal, familiar o laboral.
 - Mejora y mantenimiento de hábitos: Tener un animal conlleva adquirir una serie de rutinas y hábitos.
 - Da un sentido a la vida: Se adquiere una responsabilidad sobre un ser vivo que va a depender de nosotros.
 - Satisface las necesidades afectivas: Ese mismo ser vivo que siempre acompaña y da cariño puede ayudar al ser humano a cubrir esas necesidades afectivas que le faltan.
 - Sentido de autorrealización: El hecho de encargarse de otro ser vivo dándole todo lo necesario hace sentirse satisfechos y realizados personalmente.
 - Ejercita la psicomotricidad, la memoria y reduce el estrés:
- ✓ **Nivel social:** En este nivel se pueden encuadrar algunos de los beneficios expuestos anteriormente como: creación de un vínculo, mejora de relaciones interpersonales...

La TAA no es un tratamiento que carezca de fundamentos teóricos y científicos dadas todas las investigaciones y estudios realizados para ello. Y, teniendo en cuenta los resultados tan positivos que se han encontrado, se puede decir que este tipo de terapias constituye un medio eficaz para prevenir y tratar diferentes problemas físicos o mentales que, habitualmente, presentan las personas.

2.2.9.- *Limitaciones y riesgos de la TAA*

Dadas las características especiales de este tipo de terapias, hay que tener en cuenta una serie de aspectos importantes:

- ✚ No es el único tratamiento: Se debe tener presente que esta terapia se utiliza como algo complementario a la medicación o a las sesiones con otros especialistas (como es el caso de los psicólogos).
- ✚ Tiempo: Al tratarse de la relación entre dos seres vivos, es difícil cuantificar el tiempo que se necesita para cada sesión por lo que sólo será orientativo.
- ✚ Vigilancia: Durante toda la sesión, el perro, debe de estar acompañado por un profesional que lo conozca y mantenga una buena relación con él.
- ✚ Tranquilidad: Se trata de que la terapia funcione relajadamente, sin presiones ya que hay que tener presente que una mala experiencia puede acabar con la terapia y el programa completo.
- ✚ El perro debe de estar sano y con una higiene correcta: La importancia de una adecuada vacunación y desparasitación aumenta al trabajar con colectivos hospitalizados o en residencias donde las medidas sanitarias e higiénicas deben reforzarse con el baño del animal antes de la sesión o el cepillado diario.
- ✚ Bienestar: Debido a las situaciones de estrés que tiene que vivir el animal, es importante procurarle su bienestar a través del juego y la relajación lejos de los pacientes.

Como ejemplo de las precauciones que hay que tomar se detallan las siguientes (Andrew y Edney, 1995):

- ✓ **Zoonosis:** Es imprescindible que el animal pase unos controles de higiene y sanitarios periódicos para el tratamiento o prevención de enfermedades que puedan ser transmisibles al hombre.
- ✓ **Agresiones:** Tanto el animal como la persona no debe sentirse amenazado ante una posible agresión por lo que el animal debe de estar totalmente socializado y entrenado. El ser humano, por su parte, debe de tener un conocimiento básico sobre el comportamiento del animal.
- ✓ **Molestias:** Es de suponer que, tras el adiestramiento del perro ante la intención de una terapia, las molestias que pueda ocasionar como los ladridos o los hábitos de eliminación pueden ser fácilmente controlables.
- ✓ **Lesiones:** Dado que una gran mayoría de lesiones producidas por un animal son consecuencia de la provocación de alguna persona, estas conductas se pueden minimizar con un adecuado adiestramiento y el conocimiento del historial del paciente. Zamorra (2002) y Martínez Abellán (2008) también proponen las siguientes:
 - ✓ **Alergias:** A pesar de extremar las medidas higiénicas, siempre hay que contar con la existencia de pacientes que no puedan participar en un programa de TAA por ser alérgico al animal que elijamos para esa terapia.
 - ✓ **Animales en los hospitales:** Por algunas de las situaciones anteriores, el acceso a los hospitales de un animal se puede ver impedido por lo que es conveniente que se cumplan las siguientes condiciones: un reconocimiento sanitario previo del animal con el que se

descarte cualquier sospecha de zoonosis, la adecuada elección del animal y una higiene exhaustiva.

- ✓ **Otros inconvenientes:** Signes Llopis (2009):
- Que haya una negativa por parte de los familiares del paciente.
- Que el paciente tenga fobia al animal elegido.
- Que haya un historial en el paciente de abusos hacia animales.

2.2.10.- Ética y perros de terapia

A pesar de la controversia que pueda surgir al elegir los perros como terapeutas ya que existen profesionales reticentes a su uso dado el nivel de estrés al que son sometidos, la realidad es que si el animal está bien cuidado y todas sus necesidades cubiertas los fines terapéuticos para los que son utilizados no deben resultar perjudiciales ni mermados para ninguna de las partes implicadas (el perro y el paciente). El beneficio siempre tiene que ser mutuo.

Existen unas pautas mínimas que se deben cumplir para conseguir ese beneficio mutuo dentro de una ética básica:

- ✓ Es aconsejable que las actividades terapéuticas estén supervisadas y diseñadas por un equipo multidisciplinar.
- ✓ La elección del perro más adecuado debe fundamentarse en los fines que se quieren conseguir.
- ✓ Es importante que, antes de comenzar la actividad con el animal, se forme un vínculo adecuado entre éste y el paciente.
- ✓ La interacción humano-animal debe de ser planificada evaluando las necesidades de ambos y la capacidad del perro como medio terapéutico sin arriesgar su bienestar.
- ✓ Proveer al animal de la atención necesaria a su salud física y comportamental.
- ✓ El perro no debe ser sometido a ningún tipo de maltrato, incomodidad o estrés. Siendo siempre el trato afectuoso y amable reforzándolo positivamente ante el trabajo bien realizado.
- ✓ Ante cualquier sospecha de maltrato o abuso al animal, se deben tomar las medidas necesarias para evitarlo dando por terminada la relación entre el paciente y el perro.
- ✓ Lo fundamental de este tipo de intervenciones es que, al final de cada sesión, todos los involucrados salgan beneficiados con la experiencia vivida.

2.2.11.- Objetivos que se pueden conseguir con la TAA

Los objetivos de la terapia asistida con animales siempre deben de ser determinados por el profesional de la salud o de la educación (o ambos conjuntamente) pudiendo abarcar un gran abanico de aspectos del funcionamiento del ser humano (Tucker, 2004). Pueden estar relacionados con distintos niveles:

A nivel físico:

- Optimizar las destrezas motoras finas y gruesas.
- Aumentar la calidad del movimiento.
- Mejorar el equilibrio y la coordinación.
- Aumentar la actividad física.
- Mejorar las sesiones de Fisioterapia.
- Disminuir el estrés, la tensión arterial y la frecuencia cardíaca.
- Prevenir y ayudar en una recuperación más rápida, tras intervención o enfermedades graves, sobre todo cardiovasculares.

A nivel de la salud mental o psicológica:

- Aumentar las interacciones verbales entre miembros de un grupo.
- Acrecentar la capacidad de concentración y atención.
- Aumentar la autoestima y las interacciones sociales.
- Desarrollar sentimientos de empatía, respeto hacia otros y habilidades de ocio.
- Impulsar el desarrollo de la autonomía, responsabilidad, confianza, seguridad y sensación de sentirse útil.
- Potenciar la estabilidad.
- Estimular la memoria.
- Fomentar el lenguaje promoviendo el uso de nuevos términos y mejorando el conocimiento de conceptos y el cálculo.
- Reducir la ansiedad, el estado depresivo y el sentimiento de soledad.
- Disminuir los comportamientos agresivos o manifestaciones de hiperactividad mejorando el control de impulsos.
- Facilitar la intervención con pacientes muy resistentes y que antes no habían respondido con mejoría a otros tratamientos más convencionales.
- Aumentar la motivación, implicación e iniciativa que hará más rápido y sencillo conseguir los objetivos terapéuticos.

A nivel educativo:

- Aumentar el léxico con palabras no utilizadas habitualmente.
- Ayudar a mejorar la memoria.
- Mejorar el conocimiento de nociones tales como tamaño, color, etc.

A nivel motivacional:

- Renovar el deseo de participar en actividades grupales.
- Mejorar las interacciones con los demás.
- Acrecentar la práctica habitual del ejercicio físico.

2.2.12.- Distinción de términos

Son varios los autores que hacen distinciones con los términos TAA y Actividades Asistidas con Animales haciendo referencia a la literatura anglosajona de la Delta Society en 1992 aunque aquí se escoge la que realiza Signes Llopis (2009):

Las Terapias Asistidas con Animales (TAA): son intervenciones dirigidas hacia unos objetivos concretos como parte integral de un proceso rehabilitador mediante la interacción

entre animal y paciente. Es decir, lo esencial de las terapias es que están encaminadas a alcanzar unos objetivos concretos. Las sesiones deben estar dirigidas por un terapeuta profesional que puede ser de la rama de la Psicología, Educación, Fisioterapia, etc. El terapeuta es el que fija los objetivos, guía la interacción existente entre animal y paciente llevando una evaluación de todo el proceso y midiendo el progreso del mismo.

Otras definiciones encontradas en la bibliografía consultada, como es el caso de Oropesa Roblejo y cols. (2009), hacen referencia al propósito principal de este tipo de terapias que es el de fomentar la mejora en el aspecto físico, social, emocional y/o cognitivo de los seres humanos a los que va dirigido, pudiéndose realizar en una amplitud de contextos y de forma individual o grupal.

Martínez Abellán, (2008,117-43) opinaba esto:

La Terapia Asistida por Animales es un método natural de tratamiento y rehabilitación de muchas enfermedades y condiciones por lo cual el animal se convierte en un importante facilitador del comportamiento provocando cambios positivos en éste y la salud del paciente. Su importancia se centra en la retroalimentación positiva entre el paciente, el animal y el terapeuta que reduce muchos de los síntomas por lo que, a su vez, mejora la calidad de vida. La triada paciente-animal-terapeuta establece mecanismos que aumentan significativamente el nivel de comunicación.

Las Actividades Asistidas con Animales (AAA): son actividades lúdicas, con efecto terapéutico pero sin objetivos concretos, en las que las personas se relacionan con el animal para aumentar su calidad de vida. Nadie evalúa ni mide el progreso del paciente y se pueden llevar a cabo en cualquier ambiente por un entrenador especializado en este tipo de actividades, ya sea profesional o voluntario, que aplique sus conocimientos sobre la interacción entre animales y humanos.

Según se observa, la diferencia principal entre ambos términos reside en los objetivos o finalidad que se pretenda, mientras que las terapias se realizan tras el diseño de un programa y actividades con el fin de alcanzar unos objetivos determinados dentro de un colectivo con unas necesidades específicas, las actividades sólo pretenden beneficiarse de la relación entre el humano y el animal.

También existe otro concepto muy relacionado con los anteriores aunque no demasiado divulgado:

Educación Asistida por Animales (EAA): esta modalidad está más enfocada a las aulas. Implica la aproximación de animales rigurosa y especialmente adiestrados a los centros docentes. Se basa en la introducción de un animal en las aulas y/o actividades de apoyo donde se fortalece la adquisición de los componentes curriculares a través de prácticas más sensoriales, motivadoras y entretenidas. El aprendizaje es más parecido a una aventura de la mano de profesores muy especiales aunque todo el proceso es recogido, documentado y evaluado por un profesional de la educación.

Como se ha dicho anteriormente, es un concepto que no está tan difundido como los primeros pero es importante saber de su existencia.

3.- ANÁLISIS DE LA REALIDAD

3.1.- Contexto sociocultural y demográfico

Los datos que se detallan a continuación en referencia a la localidad en la cual se va a llevar a cabo el programa de intervención, están extraídos de Wikipedia y del foro social de dicha localidad.

El proyecto que se plantea tiene como contexto uno de nuestros pueblos españoles, concretamente, Campo de Criptana. Localidad que pertenece a la provincia de Ciudad Real, en la comunidad autónoma de Castilla-La Mancha. Está situado en la comarca natural de La Mancha dentro de la subcomarca denominada Mancha Alta.

En la localidad se conserva una amplia muestra de los típicos molinos contra los que luchó Don Quijote en el capítulo VIII del libro universal de Cervantes, convertidos así en seña de identidad de La Mancha. De un total de diez molinos, tres datan del siglo XVI: Molino Burleta, Molino Infanto y Molino Sardinero. (Wikipedia).

Los niveles formativos predominantes en el municipio son los estudios primarios con el 52,06% de la población, seguido de la población sin estudios (29,68%) y de las personas con estudios medios (11,65%). Señalar que tan sólo un 0,33% de la población no sabe leer ni escribir.

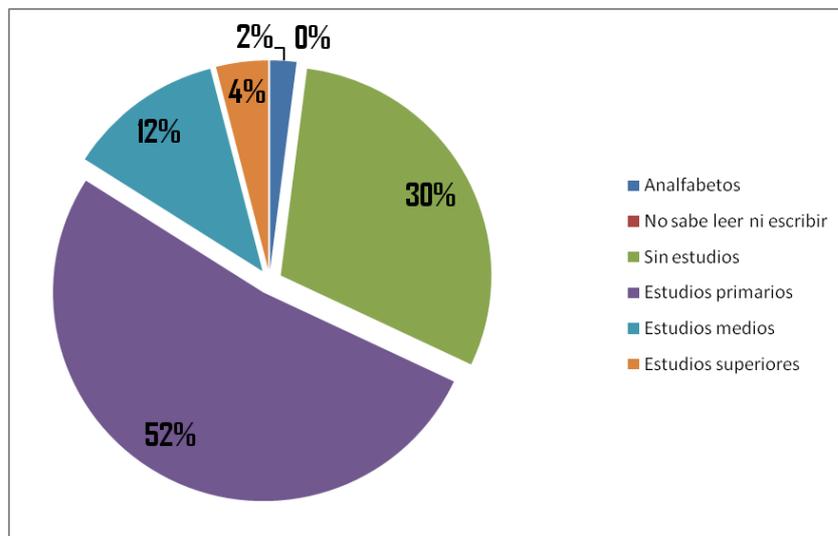


Gráfico VI: Nivel de estudios en Campo de Criptana en 2007. Fuente: Elaboración PYEMA (Planes y Estrategias del Medio Ambiente) a partir de datos del padrón del pueblo.

La población de Campo de Criptana ha experimentado un ascenso positivo hasta llegar a los 14.972 habitantes del año 2011.

En general, el ritmo de crecimiento de este municipio ha ido incrementándose desde el año 1900 hasta el año 1950 donde sufre un ligero descenso para, a partir del año 2002, seguir aumentando hasta llegar a los 14.972 habitantes de la actualidad. En el siguiente gráfico se pueden observar los datos expresados anteriormente:

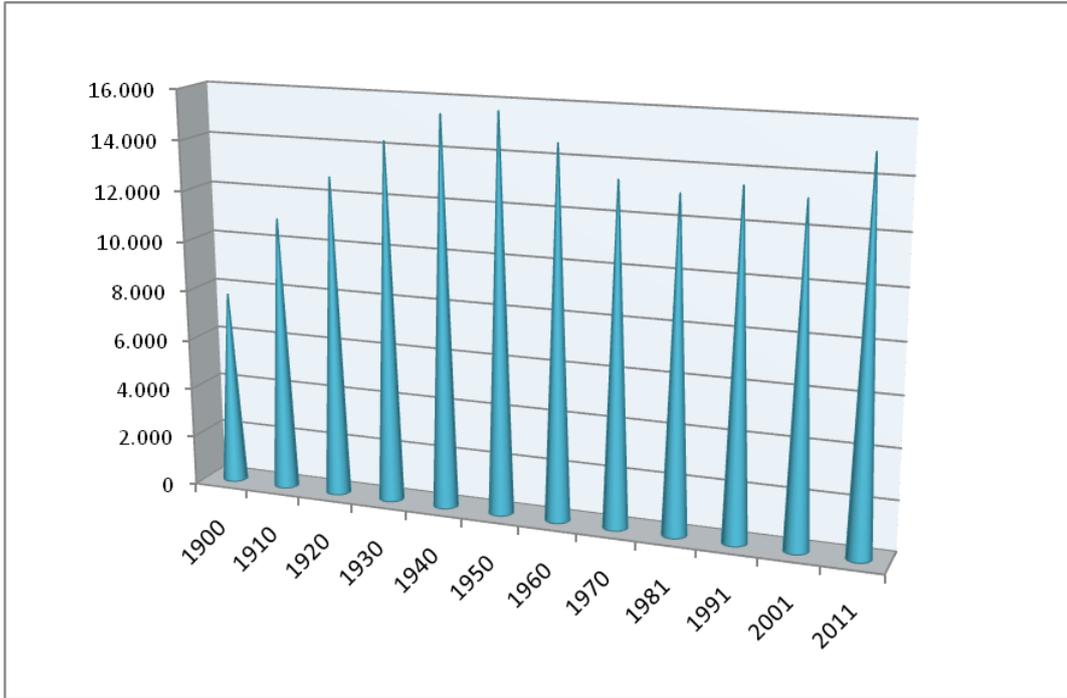


Gráfico VII: Evolución de la población en Campo de Criptana durante el siglo XX y actual siglo XXI. Cifras en número de habitantes. Fuente INE (Instituto Nacional de Estadística). Elaboración propia a partir de esos datos.

Con respecto a la evolución que ha tenido el índice de envejecimiento en Campo de Criptana, veremos que ha experimentado diversos periodos de subida y bajada aunque se puede decir que se está produciendo un proceso de envejecimiento donde predomina la población mayor de 65 años sobre la población menor de 14 años.

Tabla IV: Evolución de los indicadores sociales en el periodo 2003-2007 según la elaboración de PYEMA (Planes y Estrategias del Medio Ambiente) a partir de datos del INE (Instituto Nacional de Estadística) y del padrón de habitantes.

Indicadores	2003	2004	2005	2006	2007	Variación porcentual 2003-2007
Índice envejecimiento	1,22	1,27	1,22	1,29	1,24	1,26
Índice sobre envejecimiento	0,45	0,47	0,00	0,49	0,53	17,52
Índice de dependencia de ancianos	30,26	29,65	28,53	29,02	27,32	9,72

Tasa de dependencia demográfica	0,55	0,53	0,52	0,52	0,49	10,22
---------------------------------	------	------	------	------	------	-------

El factor que más influye en el envejecimiento de la población es el estancamiento del crecimiento vegetativo, que se traduce en dos posibles sucesos: un menor índice de natalidad junto a un aumento de la esperanza de vida de los habitantes.

Siguiendo los datos de la tabla anterior, queda reflejada que la variación porcentual del índice de envejecimiento ha aumentado un 1,26% en el periodo 2003-2007. La variación porcentual del índice de sobre-envejecimiento ha aumentado un 17,52% en el periodo estudiado por lo que se puede decir que hay más personas mayores, lo que nos viene a corroborar el proceso de envejecimiento que está sufriendo la población y el aumento de la esperanza de vida.

El índice de dependencia de ancianos ha descendido durante el periodo de estudio (variación porcentual -9,72%) pudiendo ser debido a que, aunque hay más gente mayor de 65 años debido sobre todo al aumento de la esperanza de vida, también están llegando al municipio inmigrantes jóvenes.

A continuación se ve la evolución sufrida entre los años 2003-2009 según la comparativa del índice de Sundbarg que mide el grado de desarrollo, estacionamiento o regresión de la población. Para calcularlo considera tres grupos de edades: 0-15, 15-50 y >50.

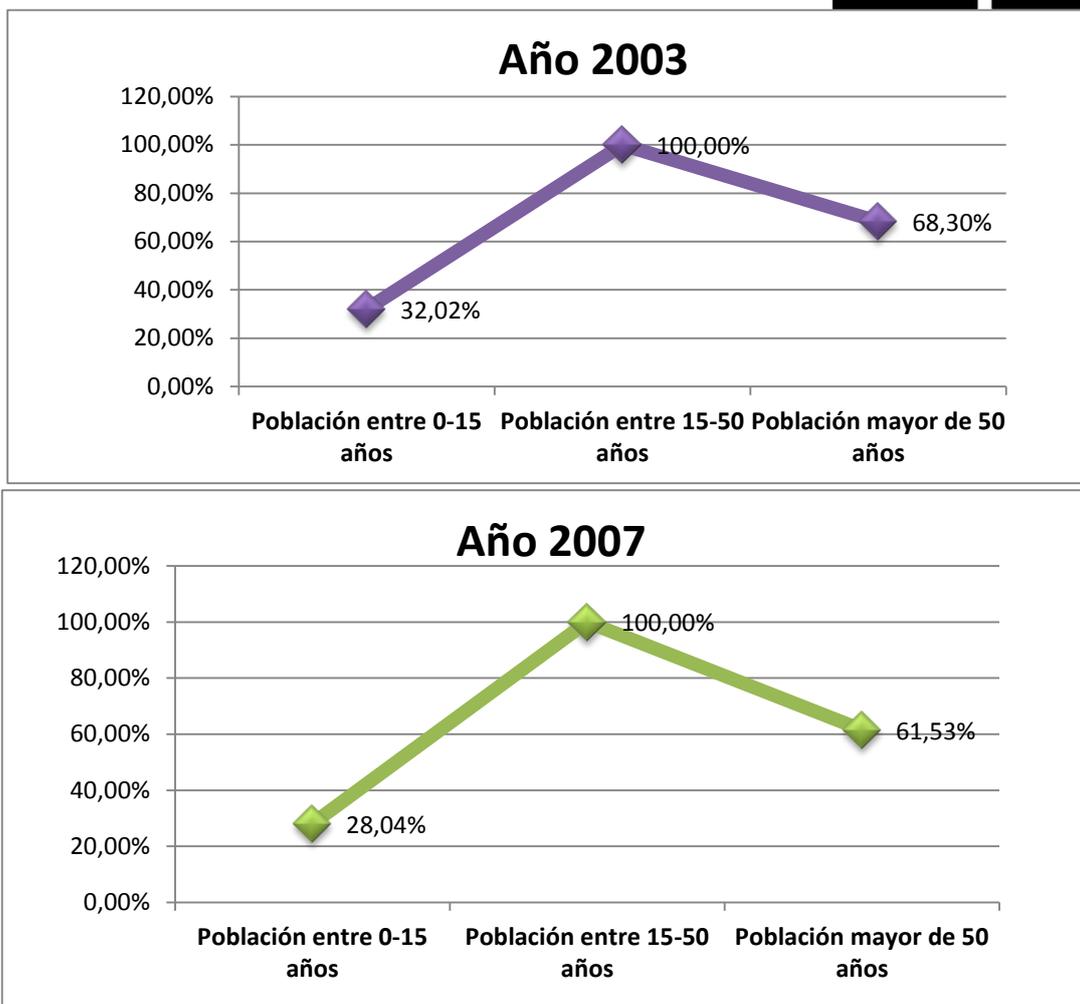


Gráfico VIII: Comparativa del índice de Sundberg. Campo de Criptana, años 2003-2009. Fuente: Elaboración PYEMA (Planes y Estrategias del Medio Ambiente) a partir de datos del INE (Instituto Nacional de Estadística) y del padrón de habitantes.

Se puede observar que ambas gráficas presentan pirámides regresivas, lo que nos indica un envejecimiento de la población en Campo de Criptana.

Con respecto a los índices de envejecimiento y sobre-envejecimiento, el municipio estudiado presenta unos valores similares a los de la provincia de Ciudad Real y a los de

Castilla-La Mancha, sin embargo, obtiene unos valores menores en cuanto al índice de dependencia de ancianos y a la tasa de dependencia demográfica. Estos valores indican un menor ritmo de envejecimiento en su población.

Tabla V: Comparación de los indicadores sociales en el año 2007 según fuente INE (Instituto Nacional de Estadística) y elaboración PYEMA (Planes y Estrategias del Medio Ambiente) en 2008.

Índices	Campo de Criptana	Prov. Ciudad Real	Castilla-La Mancha
Índice envejecimiento	1,24	1,26	1,21
Índice sobreenvejecimiento	0,53	0,52	0,53
Índice de dependencia de ancianos	27,32	36,72	35,24
Tasa dependencia demográfica	0,49	0,66	0,64

Las consecuencias que se derivan de estos datos son la necesidad de una mayor asistencia sanitaria y social por parte de las personas mayores principalmente.

En materia de servicios sociales y, en concreto, en el ámbito de la atención a las personas mayores existen en el pueblo dos instituciones dedicadas específicamente a ellos: una Residencia geriátrica dirigida por monjas y un Centro de mayores dependiente de la Junta de Comunidades de Castilla La Mancha y en el que está ubicado un Servicio de Estancias Diurnas gestionado por la empresa Personalía (actualmente Ilunion Sociosanitario) perteneciente a la Fundación ONCE.

También es importante destacar la presencia en la localidad del Centro Comarcal de Educación Especial María Auxiliadora y del Centro Ocupacional Comarcal de Atención a Discapacitados Psíquicos Rogelio Sánchez.

Asimismo en 2010, Campo de Criptana ha sido finalista, junto con los Ayuntamientos de Ávila y Málaga, del Primer Premio de Accesibilidad de la Fundación Konecta, galardón que premia las mejores prácticas puestas en marcha en materia de accesibilidad por el desarrollo del proyecto de eliminación de barreras cognitivas implantado en el Ayuntamiento.

El sector predominante en relación con la actividad económica ha sido siempre el primario (la actividad agraria) seguido de la construcción aunque, en los últimos años, esto ha ido cambiando. Es oportuno hacer hincapié en esta información ya que de esto se desprende que la inmensa mayoría de los mayores que viven en estas zonas han cohabitado desde niños con animales: mulas, cabras, ovejas, perros, etc. Por lo que, a pesar de que hace años que la gran mayoría de estos animales han desaparecido de nuestro mundo rural, el pasado de estos mayores está asociado a ellos.

Como dato curioso y relevante también hay que destacar la cultura musical y teatral que existe en la localidad ya que cualquier concierto o proyecto encarado a estos ámbitos son muy bien recibidos por todos los públicos y a todas las edades.

3.2.- Justificación en la elección del proyecto.

Como hemos visto, Campo de Criptana, cuenta con un gran colectivo de mayores. En general, dependen económicamente de la pensión mínima de jubilación y conviven con sus hijos/as aunque está subiendo de forma alarmante el número de mayores que viven solos, muchos de ellos, con graves problemas de soledad o con dificultad en autocuidados.

Dado que, en la mayoría de los casos, los mayores no pueden ser atendidos por sus familias por diversas causas: trabajos, cuidar de otra generación más joven, etc., pero tampoco existe en la localidad una cultura arraigada y generalizada en institucionalizar a tiempo completo a este colectivo (residencias), se tiene la opción de acogerse al recurso del Servicio de Estancias Diurnas.

Una gran mayoría de los usuarios de este servicio son personas mayores con algún tipo de demencias, sobre todo, con una clara dominancia de las del tipo Alzheimer. Siendo éstas uno de los principales predictores de morbilidad/mortalidad, se justifica la necesidad de buscar alternativas en cuanto a tratamientos no farmacológicos o complementarios a éstos para aliviar la sintomatología que produce dicha enfermedad.

3.3.- Ámbito específico de aplicación del proyecto

El proyecto que se propone será llevado a cabo en el Servicio de Estancias Diurnas de la localidad de Campo de Criptana cuya definición, según el gobierno de la Junta de Comunidades de Castilla La Mancha (Orden de 26-11-1998 de la Consejería de Bienestar Social por la que se regula el régimen jurídico y el sistema de acceso a los servicios de estancias diurnas en centros gerontológicos de la red pública de castilla-la mancha) aparece así:

Recurso social que ofrece, durante el día, una atención integral a las personas mayores que tienen una determinada situación de dependencia para la realización de las actividades básicas de la vida diaria o necesitan atención de carácter terapéutico, rehabilitador o psicosocial con el fin de mejorar o mantener su nivel de autonomía personal. Asimismo, proporciona a los familiares o personas cuidadoras el apoyo y la orientación necesaria para facilitar su atención favoreciendo la permanencia de las personas mayores en su ambiente familiar y social.

Los distintos profesionales que componen el SED tienen clasificadas las diversas actividades en programas que se actualizan cada año y siempre adaptándolos a los usuarios teniendo en cuenta sus patologías, intereses o necesidades para lograr una máxima participación tanto individual como grupalmente. A pesar de esto, es un colectivo difícil de motivar por lo que es importante que el equipo multidisciplinar esté dispuesto a diseñar proyectos de intervención innovadores y de acuerdo a las necesidades que se vayan observando siempre ajustándose a las preferencias de los mayores para que sea más fácil lograr su participación.

3.4.- Necesidades detectadas

Como se ha comentado anteriormente, intervenir con las personas mayores supone hacer hincapié en la motivación ya que es un colectivo difícil de contentar en este sentido y se hace necesario realizar actividades que les interese y anime a la participación. Por lo que conseguir este objetivo se transforma en una prioridad y se refleja en proyectos innovadores para que los usuarios no se aburran con programas reiterativos que no se corresponden con sus preferencias y necesidades.

Uno de los programas implantados en el SED y que más atrae a los usuarios es el de dinámicas grupales por lo que parece conveniente aprovechar esta actividad para conseguir que los mayores se expresen sobre sus preferencias en posibles terapias futuras. Así se facilita la labor para los profesionales en identificar las necesidades que muestra el colectivo.

Lo más recomendable es considerar varias alternativas en distintas terapias para que ellos se pronuncien sobre ellas. En este caso, dadas las raíces culturales que tiene la localidad y un pasado en común dedicado al campo, se proponen estas terapias que no sólo cubrirán las necesidades expresadas por los usuarios sino que también le ayudarán a minimizar ciertos síntomas de sus diversas patologías y edad. Las terapias que se proponen son: Arteterapia, Musicoterapia o la Terapia Asistida con Animales.

La información recogida de la dinámica grupal demuestra que las preferencias de los usuarios se decantan por la Musicoterapia y TAA por lo que, para incidir más, se propone realizar otra actividad como es la Reminiscencia (función que permite recordar pensando o relatando hechos, actos o vivencias del pasado) para que cualquier usuario, a pesar de las demencias, pueda ofrecer información más concreta y conecte con el resto del grupo.

Tras finalizar el análisis de la Reminiscencia se encuentra como punto común a todos los usuarios que, en algún momento de su pasado, han convivido con un perro y que guardan gratos recuerdos de esa relación por lo que se decide que ésta es la terapia adecuada para llevar a cabo el proyecto contando, sobre todo, con los recursos mínimos para que sea lo más viable posible.

También se pone de relieve la necesidad de intervenir en algunos de los síntomas que padecen estos usuarios debidos tanto a sus patologías como a los efectos secundarios de medicaciones que tratan esas enfermedades como puedan ser: la ansiedad o agitación, trastornos del sueño, falta de relajación...

4.- PLANIFICACIÓN DEL PROYECTO

Como se ha ido viendo a lo largo del desarrollo del marco teórico, las TAA son intervenciones en las que un animal es incorporado como parte del tratamiento, con el objetivo directo de promover la mejoría en las funciones físicas, sociales, emocionales y cognitivas. Para este proyecto en concreto vamos a elegir al animal que, tanto en el pasado como en el presente, puede estar más cercano a los mayores a los que va dirigida la intervención como es el perro.

Se intenta conjugar los beneficios que supone dicha terapia para las personas mayores con sus preferencias, recuerdos, habilidades que creen haber olvidado, etc.

4.1.- Recursos con los que cuenta el SED

El SED en el que se pretende llevar a cabo el proyecto de intervención con animales (el perro más concretamente), cuenta con los siguientes recursos:

- Humanos/Profesionales: Terapeuta Ocupacional, Fisioterapeuta, Trabajadora Social y tres Auxiliares de Enfermería. Se plantea la necesidad de buscar un Técnico en Intervenciones Asistidas con animales o voluntario y perro de terapia.
- Materiales: salas de usos múltiples, patio al aire libre y terrazas, material de oficina, pelotas, juegos, etc.
- Económicos: Dada la precaria situación económica por la que se atraviesa, es recomendable ajustar los gastos al máximo por lo que se intentará obtener recursos por cualquier vía posible para que suponga el gasto mínimo. La empresa Ilunion Sociosanitario (anteriormente Personalia), encargada de gestionar el servicio, es la opción más adecuada y económica para sufragar los gastos que suponga el proyecto.

4.2.- Objetivos que se plantean

➤ Objetivo General:

- Mejorar la calidad de vida del colectivo que asiste a diario al Servicio de Estancias Diurnas reduciendo los síntomas de las diversas patologías que padecen.

➤ Objetivos específicos:

- Potenciar el ejercicio físico y la coordinación de movimientos.
- Reducir la ansiedad, estrés y depresión que les produce el sentirse “inútiles”.
- Aumentar la sensación de sentirse necesitado.
- Mejorar la confianza y seguridad en sí mismos.
- Reducir la tensión arterial.
- Mejorar los patrones del sueño.
- Motivar a la interacción con los demás.
- Trabajar, en general, la estimulación cognitiva (orientación, memoria, actividades básicas de la vida diaria (ABVD), atención/concentración, etc.), la psicomotricidad, trabajo en grupo...

4.3.- Metodología, técnicas e instrumentos.

La metodología que se propone es activa y participativa con actividades diseñadas para la heterogeneidad del colectivo al que van dirigidas predominando la interacción entre animal y mayor.

Aún contando con un meticuloso estudio sobre las necesidades e intereses de los usuarios/pacientes y de las actividades a realizar junto al animal, la metodología para desarrollar el programa terapéutico puede ser compleja ya que, como hemos dicho anteriormente, se debe de tener un profundo conocimiento de los pacientes para realizar el

análisis de los beneficios que cada una de las actividades a realizar aportará a estos mayores tanto a nivel individual como grupal.

Una forma de encauzar este tipo de terapia puede ser fraccionándola en distintos bloques como:

- Incremento del estado anímico y de la motivación.
- Constitución de un grupo con las características necesarias para lograr los objetivos propuestos rodeados de un determinado ambiente y un significativo vínculo con el animal que permitan aprovechar al máximo los recursos existentes.
- Aumentar la dificultad de las actividades y las exigencias a otros niveles así como el número de sesiones, si fuese necesario o su intensidad, para la obtención eficaz de los resultados.

Se debe de tener especial cuidado en la preparación de las sesiones ya que hay que incluir actividades como herramientas de trabajo que incluyan al animal y su interacción con los mayores. También deben organizarse de modo que resulten lo más productivas y variadas posible escogiendo las actividades menos complejas al inicio del programa para variar después la estructura de las sesiones llevando a cabo varias actividades de distinta naturaleza. Por ejemplo, en la primera sesión, se pueden enseñar las habilidades del animal para propiciar un primer contacto y motivación en los mayores.

Se diseña una metodología mixta o combinada: cualitativa y cuantitativa, es decir, utilizando la complementariedad metodológica. De este modo se consigue una visión dinámica de la realidad. Para intentar comprender algo mejor ambos métodos, se ofrece una descripción de sus características:

- ✓ **Metodología cualitativa:** Pretende explorar aquellas vivencias, realidades, naturaleza, origen o experiencias que acompañan al ser humano y lo conforman como un ser holista. Un enfoque cualitativo facilitará la indagación sobre las actitudes y experiencias de cada usuario produciendo datos descriptivos como las propias palabras de la persona, tanto de forma hablada o escrita así como la conducta observable (Salgado, 2007).
- ✓ **Metodología cuantitativa:** Trata de cuantificar, medir y graduar los fenómenos y su intensidad y se busca la generalización de los resultados. Existe una medición inicial y otra final realizándose entre ambas las diferentes intervenciones pertenecientes a la investigación o intervención. Se recoge información mediante una herramienta propia de la metodología cuantitativa, por ejemplo un cuestionario, en donde se le plantean diversas cuestiones al sujeto permitiendo la cuantificación y tratamiento de la información obtenida.

4.3.1.- Instrumentos

La recogida de datos se plantea con el objetivo principal de que los profesionales obtengan la información relevante y necesaria para que, desde ahí, se planteen los objetivos de la intervención.

En un primer momento es el propio mayor quien, desde su experiencia previa, aporta la información necesaria para que los profesionales la valoren y analicen. En su defecto, pueden ser los familiares quienes aporten la información necesaria.

Para esta recogida de datos, los profesionales, utilizarán las herramientas más adecuadas para recoger esa información atendiendo a la persona y sus circunstancias. Como ejemplo

de esas herramientas de recogida de información pueden ser: la observación directa, entrevistas...y la aplicación de cualquier instrumento que sea fiable y válido para esa recolección de datos.

Los instrumentos y estrategias que se utilizarán para la obtención de la información son:

✓ **Metodología cualitativa:**

Entrevista semi-estructurada a los cuidadores/familiares del usuario participante en la intervención así como a los propios mayores que estén capacitados para ello. Es una de las técnicas más utilizadas para la recogida de la información subjetiva y profunda. Dicha entrevista se lleva a cabo por la Trabajadora Social y un Auxiliar del centro ya que su presencia puede aportar confianza y comodidad al familiar ante una persona ya conocida. La entrevista estará compuesta por una lista de preguntas abiertas que permitan expresar el punto de vista de los familiares/cuidadores sin ninguna restricción; además es probable que vayan emergiendo nuevas incógnitas de interés para la investigación a medida que se realice la entrevista.

Observación directa realizada por la terapeuta ocupacional del centro en las diversas sesiones y con la ayuda de los distintos profesionales para hacerla más fiable. Ésta es la técnica clásica primaria y más usada por los investigadores cualitativos para adquirir información. Durante el desarrollo de las actividades se van tomando notas de campo las cuales serán revisadas periódicamente con el fin de completarlas y también, para reorientar la observación e investigación.

Se utilizará una hoja de registro de información para recoger por escrito las observaciones. (Anexo 12).

✓ **Metodología cuantitativa:**

Realización de un cuestionario sobre calidad de vida a los cuidadores/familiares y usuarios capacitados para ello. Se pasará uno al principio del programa y otro tras su finalización, de esta forma se podrá observar y analizar la existencia o no de cambios, tanto positivos como negativos. El cuestionario seleccionado es EuroQol (EQ-5D), por ser un instrumento muy utilizado dentro del colectivo con el que se va a intervenir, por ser sensible a los cambios, estar correlacionado con medidas de salud y por estar traducido a varios idiomas.

Escalas: escala de valoración de la calidad de vida FUMAT (Anexo 2) o GENCAT (Anexo 1), escalas realizadas por la Terapeuta Ocupacional: Barthel y Lawton- Brody (ambas valoran la funcionalidad. La primera las actividades básicas de la vida diaria y la segunda las instrumentales. Anexos 3 y 4)) Lobo, Pfeiffer (valoran el nivel cognitivo. Anexos 5 y 6), valoraciones pasadas por el Fisioterapeuta reflejadas en las escalas Tinetti (valoración de la movilidad. Anexo 7) y UP and GO (movilidad y riesgo de caídas. Anexo 8) así como las pasadas por la Trabajadora Social: Ansiedad y depresión en hospital y de Hamilton (Anexos 9 y 10).

La valoración de la tensión arterial de los usuarios (dentro de los objetivos específicos), se llevará a cabo por las auxiliares de enfermería ya que forma parte de sus funciones en el control de constantes vitales. Se tomará un registro específico de dichas constantes al inicio del desarrollo del programa y a su término.

4.3.2.- Análisis de datos

Los profesionales analizan la información recogida en un primer momento extrayendo los datos objetivos y valorando cuáles son las potencialidades o limitaciones para la intervención que se plantea.

Se debe tener en cuenta que la información que se recoge sobre el análisis de datos cuando se lleva a cabo con el usuario presente y participando es mucho más concreta, sistemática y objetiva.

La recogida, interpretación y análisis de datos se llevará a cabo por la Trabajadora Social con ayuda de la terapeuta del centro y del resto del equipo multidisciplinar, contrastando los datos obtenidos a lo largo del estudio con el fin de aproximarse a una descripción detallada del proceso vivenciado por los sujetos. La interpretación es útil para identificar las necesidades de mejora y encontrar estrategias de intervención eficaces.

Se analizarán los datos obtenidos tras las entrevistas realizadas y el cuestionario sobre la calidad de vida a los familiares/cuidadores y usuarios participantes y la observación durante las sesiones. Con esto se pretende explorar la percepción sobre la existencia de cambios antes y después del programa.

El orden de ejecución será:

1. Entrevista semi-estructurada pre-programa: Llevada a cabo por la Trabajadora Social y la Terapeuta Ocupacional del centro, dirigida a los cuidadores/familiares y los usuarios.
2. Realización del cuestionario EuroQol de calidad de vida a los cuidadores/familiares y participantes además de las escalas anteriormente descritas por parte de los distintos departamentos y la GENCAT que también será realizada por la Trabajadora Social.
3. Observación de las sesiones: Durante la ejecución de las sesiones, todo el equipo multidisciplinar del centro observará el desarrollo de las mismas y recogerá los datos obtenidos (sensaciones percibidas, sentimientos reflejados, comportamiento, actitudes, lenguaje verbal/no verbal, etc.) en la hoja de registro de información.
4. Entrevista semi-estructurada pos-programa: Realizada tras la finalización del programa y dirigida a los cuidadores/familiares y usuarios que lo puedan realizar.
5. Realización de un segundo cuestionario EuroQol de calidad de vida a los cuidadores/familiares y usuarios además de las escalas de valoración de los profesionales y la GENCAT.

Queda por diseñar un plan de trabajo acorde con la cotidianidad del SED teniendo en cuenta a las personas a las que va dirigido y la importancia que adquiere, dadas las diversas patologías que se dan, evitar la desorientación espacio-temporal que se podría dar si nos saltásemos un horario ya establecido y un cambio de rutinas demasiado radical. Por lo que se intenta trazar la intervención dentro de unos horarios y espacios del centro que el mayor ya conoce.

4.4.-. Plan de Trabajo

Para el desarrollo del presente proyecto de intervención se elaboran diferentes fases con el fin de guiar adecuadamente todo el proceso.

El proyecto se llevará a cabo durante los meses de verano (de Junio a Septiembre), dos días por semana en sesiones de 60 minutos; por ejemplo: martes y jueves de 10:00h a 11:00h. Aunque es un horario abierto a cualquier modificación que en el servicio se considere oportuno.

A continuación, se detalla en el cronograma expuesto la duración de cada fase y los objetivos de la misma:

Fase I:

1. Presentación del proyecto

Se aprovechará una de las reuniones mensuales que el equipo del SED mantiene con la empresa y la dirección del Centro para presentar el proyecto que se plantea intentando que, sobre todo la empresa que es la que gestiona el Servicio, se implique y facilite la realización de dicho proyecto. Y por parte de la dirección del Centro, nos permita utilizar los espacios requeridos para las actividades y su autorización en la entrada del perro.

En esta reunión se especificará:

- En qué consiste dicho proyecto.
- Que se pretende conseguir con su puesta en marcha.
- Cómo y cuándo se desarrollará.
- Materiales e instalaciones necesarias para su implementación.
- Informar de los beneficios de este tipo de terapia y evaluar los pros y los contras.
- Delimitar las necesidades de cada usuario y proceder a su división en grupos para intervenir con ellos de manera correcta.
- Plantear la necesidad de buscar el Técnico en Terapia Asistida con Animales y el animal más adecuado para intervenir con los mayores.

Hay que incidir en el trabajo del equipo en su totalidad integrándose en la dinámica del proceso integral.

2. Búsqueda de la mascota y profesional encargado

Como se ha dicho anteriormente, un perro que trabaje con personas mayores tiene que acumular unas determinadas características por lo que es muy importante realizar una selección adecuada y con vistas a conseguir los objetivos que se pretenden.

Esta selección se ve facilitada al darse el caso de que la empresa Ilunion Sociosanitario, forma parte de la Fundación ONCE por lo que, la propia empresa, puede disponer del animal más apropiado para este tipo de intervenciones y del profesional encargado de su adiestramiento.

Una vez que se obtiene el permiso por parte de la empresa y de la directora del Centro además de saber que contamos con el animal más adecuado en cualquiera de las razas que parecen más oportunas para realizar la terapia que, como se ha dicho ya antes son: Pastor Alemán, Labrador y Golden Retriever, se pasa a revisar los historiales de los usuarios y de informar tanto a éstos como a las familias.

3. Revisión de historiales

La revisión de las historias clínicas y sociales será el siguiente paso a seguir. Esta fase se considera una de las más importantes ya que aporta información relevante sobre muchos aspectos de la persona que nos interesa saber para cumplimentar los criterios de inclusión/exclusión como pueda ser:

- Diagnóstico.
- Fase actual de la enfermedad (leve, moderada o grave).
- Posibles alergias a los animales y relación con éstos.
- Patologías que impidan el desempeño de la actividad.

Pero, sobre todo, la historia clínica y social nos aporta algo fundamental que es la historia de vida de cada persona, sus gustos, intereses, aficiones, necesidades, etc.

También es importante preparar el material necesario así como los soportes documentales que van a servir para la posterior evaluación.

4. Comunicación a familiares y usuarios del proyecto

Se prepara una reunión grupal con los familiares o cuidadores de los mayores para informar del proyecto que se quiere poner en marcha. A los usuarios también se les comunicará en una de las dinámicas grupales.

Se proponen reuniones individuales entre familiar, usuario y profesionales del SED para realizar las entrevistas y cuestionarios oportunos con la intención de recabar la máxima información posible para que el proyecto sea beneficioso para todos los implicados ya sea directa o indirectamente.

A partir de los datos obtenidos por el equipo, se procederá a organizar los horarios e intervenciones teniendo en cuenta los criterios de inclusión/exclusión determinados con anterioridad.

Fase II:

1. Organización y planificación de la intervención

Las actividades que se desarrollarán durante el programa serán planificadas por el equipo interdisciplinar teniendo en cuenta las características y necesidades de cada usuario y llevándolas a cabo conjuntamente con el profesional especializado en intervenciones con perros.

Las sesiones serán grupales con duración de 60 minutos, dos días por semana y durante, aproximadamente, 3 meses. También se puede plantear la posibilidad de realizar dos grupos de usuarios en sesiones de 30 minutos cada grupo buscando un criterio de similitud de sus patologías y necesidades para tal agrupamiento.

La selección de los días se realizará en consenso con el centro y el profesional dependiente de la empresa según la disponibilidad existente de ambos.

2. Intervención/actividades

Por lo general, las actividades se basarán en las necesidades de los usuarios buscando incluir elementos cotidianos como pueden ser el peinado de la mascota, caricias, juegos, etc.

Se intenta trabajar con una serie de actividades específicas tratando de alcanzar unos beneficios derivados de ellas y siendo conscientes de las grandes dosis de imaginación que se pueden aplicar para saber sacarle el máximo partido al trabajo del perro como coterapeuta y obtener los mejores resultados posibles en el propósito que pretende el proyecto.

Durante la intervención, se deben recopilar datos significativos que se observen para su posterior valoración.

Las partes de la sesión se dividen en cuatro puntos generales:

- Presentación de la mascota a los miembros del grupo de forma general e individual.
- Presentación y realización de la actividad propuesta.
- Despedida de la mascota de forma general e individual.
- Recopilación por parte del equipo de todos los aspectos reseñables obtenidos durante la observación e interacción con los usuarios incluyendo las posibles incidencias que puedan suceder así como los niveles de satisfacción que se vayan recogiendo tanto con la observación como con cuestionarios informales.

FASE III:

1. Recopilación de información

El equipo del SED, tras la observación de la intervención, recopila la información obtenida, de forma conjunta, plasmando aspectos reseñables o incidencias que pudieran ocurrir. Se analizan las entrevistas realizadas a los familiares así como las diversas valoraciones o escalas realizadas por los distintos profesionales mostrando los resultados obtenidos y extrayendo los datos destacables.

2. Análisis de Resultados y evaluación

Al final de cada semana se realizará una reunión del equipo interdisciplinar para evaluar los resultados y ver la evolución de los participantes en la terapia proponiendo nuevos objetivos, si se da el caso, a tratar en próximas intervenciones y/o modificar los métodos de actuación si no se obtienen los resultados esperados.

Se comparan todos los datos obtenidos pre y post al proyecto para realizar unas conclusiones además de los posibles cambios que las familias hayan percibido y expuesto en las entrevistas y escalas/cuestionarios realizadas.

Por último, se realizará una evaluación final, con el fin de comprobar si la metodología utilizada ha sido la más adecuada, cuántos objetivos se han cumplido con el grupo en general y con cada persona en concreto y para ver en qué medida la TAA ha contribuido a mejorar la calidad de vida de estas personas.

Se propone realizar un informe, una vez terminado el proyecto, recogiendo todos los datos obtenidos y recopilados así como con las conclusiones o mejoras que se puedan plantear para difundirlo a la empresa y a la directora del Centro.

Este es el cronograma a seguir:

Tabla VI: Cronograma. Elaboración propia.

Fases	Junio					Julio				
	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Presentación del Proyecto	1	2	3	4	5			1		3

I	Búsqueda De mascota y profesional	8	9	10	11	12	6		8		10
	Revisión de historias	15	16	17	18	19	13		15		17
	Comunicación a familiares/usuarios	22	23	24	25	26	20		22		24
II	Organización/planificación	29					27		29		31
Fases		Agosto					Septiembre				
		Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
II	Intervención 	3		5		7			2		4
III	Recopilación De información	10		12		14	7		9		11
	Análisis de Resultados/ evaluación	17		19		21	14		16		18
		24		26		28	21		23		25
		31					28	29	30		

En resumen, la recogida de información se produce en las siguientes fases o momentos así como las técnicas e instrumentos que siempre pueden ser motivo de variabilidad según se dé el caso y se considere oportuno:

- Fase de planificación: es la fase de generación de ideas surgidas del conocimiento que tenemos del contexto de acción y que irá dando forma al futuro proyecto de acción. Se pueden utilizar estas técnicas e instrumentos para obtener la información: Técnicas de grupo como los grupos de discusión, brainstorming, dinámicas grupales, reminiscencia, cuestionarios, entrevistas, etc.

Al término de esta fase se procedería al análisis de toda la información para elegir la línea de actuación más adecuada y demandada por los usuarios destinatarios del futuro proyecto de intervención.

- Fase de diagnóstico: En esta fase se deben considerar las actuaciones necesarias después del estudio y análisis de la realidad concreta. Como técnicas e instrumentos a utilizar

serían: cuestionarios, entrevistas individuales, escalas, historias sociales y clínicas, etc., para determinar las preferencias y situación concreta que se pretende cambiar. También se pretende conocer en esta fase el tipo de usuarios con el que podemos contar para la realización del proyecto.

Cuando tengamos toda la información que se necesite en esta fase procederemos a analizarla e interpretarla como parte del proceso de intervención.

- Fase de aplicación: Supone llevar a la práctica cuanta información hayamos recogido e interpretado hasta el momento con el fin de conseguir los objetivos que nos hemos planteado. Utilizaremos instrumentos/técnicas como: observación participante y sistemática, registros con las reflexiones que susciten en las diversas sesiones, técnicas de grupo como el brainstorming, cuestionarios para analizar conocimientos y satisfacción de todo el proceso, etc.

Como en el resto de fases, toda la información será analizada para su posterior interpretación con el fin de continuar en el camino que nos hemos trazado o reestructurar el proceso si, al analizar los datos, se comprueba que no conseguimos los objetivos pretendidos.

- Fase de evaluación: Es el momento de la valoración y revisión de todo el proceso. En esta fase se pueden utilizar: cuestionarios para comprobar el nivel de satisfacción, análisis de los datos recogidos durante el proceso, técnicas de grupo, entrevistas, escalas...

4.5.- Población a la que va dirigido el proyecto

Dicho servicio tiene como usuarios a un grupo de mayores (20 en total) con edades comprendidas entre los 70 y 92 años los cuales serán los beneficiarios directos del proyecto propuesto aunque se pretende que tanto los profesionales como las familias también se beneficien de los resultados y del aprendizaje que supondrá desarrollar un proyecto de estas características.

Es un colectivo heterogéneo donde predomina el sexo femenino sobre el masculino, con diversas patologías aunque con predominio de demencias diagnosticadas entre leves y moderadas. A continuación se detallan en tablas las distintas proporciones por sexo, edades y tipos de enfermedades mentales que aparecen en los usuarios.

Tabla VII: Clasificación de usuarios por sexo del Servicio de Estancias Diurnas (en adelante SED). Fuente: Elaboración propia.

<u>SEXO</u>	<u>Nº TOTAL</u>	<u>%TOTAL</u>
HOMBRE	2	10%
MUJER	18	90%
TOTAL	20	100%

Tabla VIII: Clasificación de usuarios del SED por edades. Fuente: Elaboración propia.

<u>EDAD</u>	<u>Nº TOTAL</u>	<u>%TOTAL</u>
-------------	-----------------	---------------

DE 70 A 80	2	10%
MÁS DE 80	18	90%
TOTAL	20	100%

Tabla IX: Clasificación del tipo de enfermedad mental diagnosticada en los usuarios del SED. Fuente: Elaboración propia.

<u>E. MENTAL</u>	<u>Nº TOTAL</u>	<u>%TOTAL</u>
NO	6	30%
DEPRESIÓN	2	10%
DEMENCIA	3	15%
ALZHEIMER	9	45%
TOTAL	20	100%

Con respecto al ámbito físico y sensorial, todos los usuarios padecen un deterioro normal para su edad sin que sea condicionante para la eliminación o limitación en la participación del grupo en la terapia propuesta.

4.6.-Evaluación

Es imprescindible que la evaluación se lleve a cabo durante todo el proceso de intervención, en distintas fases, para identificar a tiempo cualquier anomalía que se pueda producir. Se propone tener en cuenta el modelo de evaluación de Pérez Juste (2006) pues ofrece una de las pautas o guías más detalladas de los múltiples aspectos a evaluar en un programa, así como diversas consideraciones y sugerencias de máxima importancia para la evaluación de programas/proyectos educativos.

Las fases o momentos de la evaluación podrían establecerse así:

- **Evaluación inicial:** Esta fase tiene una función preventiva y de recogida de información. Se deben utilizar criterios como: la calidad y pertinencia del proyecto, viabilidad, adecuación a los destinatarios, realismo de los objetivos propuestos, etc. Así como indicadores: el proyecto responde a las necesidades de los usuarios, promueve la interacción, existe coherencia entre los elementos que componen dicho proyecto, etc. En esta fase, a través de entrevistas, escalas de valoración o técnicas de grupo, se puede recoger información sobre los usuarios, patologías, características y su relación con el perro.
- **Evaluación Procesual:** Tiene como función principal: facilitar la toma de decisiones a tiempo acumulando información para mejoras posteriores. Criterios: cumplimiento, coherencia, eficacia, satisfacción de los implicados, adecuación, etc. Indicadores: metodología apropiada, interés/motivación de los usuarios hacia las actividades...

Se pueden utilizar como instrumentos metodológicos la observación, el diálogo, dinámicas de grupo, cuestionarios o entrevistas no formales.

- **Evaluación final:** Tiene la finalidad de comprobar el grado de eficacia del proyecto. Para ello, se pueden utilizar los siguientes criterios: eficacia, eficiencia, satisfacción e impacto. Indicadores: satisfacción del personal interviniente, impacto social que provoca el proyecto...

En esta fase, se pueden utilizar algunas de las herramientas de recogida de información utilizadas en la evaluación inicial como comparativa pre y post (anterior y posterior) a la intervención, como pueden ser: el cuestionario EuroQol y la escala de valoración GENCAT/FUMAT de calidad de vida, las escalas que realicen los distintos profesionales, etc. También se puede plantear un grupo de discusión para la aportación de resultados siempre que se observe disponibilidad por parte de los usuarios.

Como se ha comentado anteriormente y teniendo siempre en cuenta el colectivo de mayores con el que se trabaja, es recomendable que todas las herramientas de recogida de información sean flexibles y las vayamos adecuando tanto a las características del colectivo como al objetivo propuesto.

5.- DESARROLLO DEL PROYECTO

Ante el inicio de cualquier tipo de terapia, siempre hay que valorar antes resultados en terapias similares que nos permitan conocer a fondo tanto las limitaciones como las posibilidades de los pacientes que han participado en ellas a nivel psicosocial (personalidad, carácter, motivación, patologías, relaciones interpersonales...), a nivel físico (movilidad, destrezas, alteraciones cognitivas o fisiológicas, etc.) y a nivel espiritual (sentido de vida para cada uno de ellos). Tomando en cuenta todo esto como base, se diseñan las actividades adaptadas a las necesidades terapéuticas que se detectan en cada paciente.

Mediante las actividades diseñadas se intentan trabajar distintos aspectos tomando como referencia las diferentes áreas de beneficios físicos o sensoriales, psicológicos y sociales permitiendo llevar a la práctica los siguientes enfoques: prevención, adaptación y recuperación siempre teniendo en cuenta las patologías de cada paciente y necesidades individuales y grupales.

Una correcta evaluación del paciente junto a la adopción del tipo de terapia y una buena elección del perro terapeuta ayudan a tratar infinidad de patologías y problemáticas que encuentran un denominador común en ellas: el estado de ánimo. Cuestión importante a superar ya que, los mayores, suelen ser un colectivo mermado en entusiasmo y ganas de vivir comparado con otros colectivos para proponer actividades innovadoras.

La puesta en práctica y desarrollo del proyecto de intervención se llevarán a cabo con diferentes actividades diseñadas para la mejora de la calidad de vida de los veinte usuarios del SED y su transformación social e individual. Dichas actividades son divididas en 26 sesiones desde el 30 de Junio al 24 de Septiembre con 1 hora de duración todos los martes y jueves. Este calendario siempre abierto a cualquier variación que pueda surgir.

Todas las sesiones serán grupales y, como se ha comentado anteriormente, se repartirán en estos momentos:

- Presentación de la mascota a los miembros del grupo de forma general e individual.
- Presentación y realización de la actividad propuesta.
- Despedida de la mascota de forma general e individual.
- Recopilación por parte del equipo de todos los aspectos reseñables obtenidos durante la observación e interacción con los usuarios incluyendo las posibles incidencias que puedan suceder así como los niveles de satisfacción que se vayan recogiendo tanto con la observación como con cuestionarios informales.

Se puntualiza que, la empresa Ilunion Sociosanitario es la encargada de proporcionar tanto el perro como el Técnico profesional en este tipo de intervenciones, se encarga de trasladar desde Madrid el perro y el Técnico que estén disponibles para las sesiones estipuladas siempre teniendo en cuenta las características necesarias en el animal y la raza que más se adecúe al proyecto que, como se ha dicho, será Pastor Alemán, Labrador o Golden Retriever.

Dada la temporada estival en la que se ha diseñado la intervención se aprovecha, para llevar a cabo las actividades, el espacio al aire libre con el que cuenta el Centro de Mayores el cual se trata de un gran patio en la planta baja. Cuando esto no sea posible por las condiciones meteorológicas, se ocupará la gran sala de Terapia Ocupacional.

El material con el que se dispone es el que, habitualmente, se utiliza en terapia y fisioterapia: aros, pelotas, juegos, puzles, objetos de AVD (Actividades de la Vida Diaria), etc. Además del que, el profesional encargado del perro, precise para la actividad y que se encargue de traer.

Los profesionales que se encargarán de diseñar, supervisar y valorar las intervenciones son todos los que trabajan diariamente con los mayores y el técnico especialista en la terapia asistida con el perro que se encargará de la parte que corresponde al animal como principal protagonista de las sesiones.

Como ejemplo de estas actividades:

Actividades para respuestas físicas

Objetivos específicos de estas actividades:

- Potenciar el ejercicio físico ligero y moderado.
- Potenciar las técnicas de respiración, estiramiento.
- Potenciar el equilibrio y la coordinación motriz gruesa.
- Potenciar la coordinación de movimientos.
- Potenciar la propiocepción.

Ejemplos de ejecución de los ejercicios:

- Lanzamiento: Se presenta un objeto o pelota al usuario, motivándole para que lo coja con la mano. A continuación, lo lanzará hacia el centro del círculo lo más lejos posible. El perro tiene que recobrar el objeto o pelota y llevarlo al usuario para que lo reciba de nuevo. Si es posible tiene que pasar el objeto a la persona que se encuentra a su lado.
- Percepción y coordinación: Se intenta que cada uno de los participantes acaricien, por ejemplo, el lado derecho del animal con la mano izquierda y viceversa; también de arriba abajo y viceversa.
- Circuito: Se prepara un pequeño circuito con diversos obstáculos para que el animal lo siga y, a continuación, se les pide a los mayores que traten de hacerlo también.

- Saludos: Se hace un círculo con todos los miembros participantes quedando el perro en el centro. Uno de los mayores llamará al animal para saludarlo ya sea con la voz, caricias, palmadas o masajes. A continuación, otro mayor realiza la misma operación haciendo que el perro tenga que cruzar varias veces el círculo hasta saludar a todos los participantes. Los movimientos realizados por el perro sirven para captar y mantener la atención de los mayores por lo que promueven el movimiento de brazos y parte superior del cuerpo ayudando a bajar la tensión con dicho contacto físico.
- Tira y afloja: Se utiliza cualquier juguete u objeto para invitar al animal a jugar. Cuando el animal lo tiene en su boca comienza el tira y afloja manteniendo la tensión con el objeto entre el usuario y el perro. Este ejercicio es ideal para fomentar el contacto físico y el vínculo entre el perro y el usuario así como su autoestima.
- El aseo: También se puede utilizar el cepillado del pelo del animal así como las caricias para trabajar la motricidad fina y la coordinación de movimientos.

🌈 Actividades para respuestas cognitivas

Objetivos específicos de las siguientes actividades:

- Fomentar la comunicación verbal.
- Proporcionar estímulos mentales.
- Promover la creatividad.
- Trabajar la memoria, nivel de activación y sus procesos ejecutivos como: atención, secuenciación, la denominación, la conversación-descripción y los sistemas fonológico, léxico, semántico, sintáctico y pragmático.

Ejemplos de ejecución de estos ejercicios:

- Adivinar: El animal lleva una pequeña bolsa a uno de los participantes en la que hay unas tarjetas. En cada una de ellas se encuentran representadas una serie de objetos: un peine, una pinza, un plato, un tenedor, etc. El participante extrae una de las tarjetas de la bolsa y tiene que dar pistas a los demás de lo que ha cogido intentando contestar a preguntas del resto de participantes como: ¿Qué tipo de objeto es?, ¿Dónde lo solemos encontrar/guardar?, características: ¿color?, ¿forma?, ¿Cuál es su uso?, ¿Quiénes lo usan?, etc. Cuando se adivine, se pasará el turno al siguiente participante.
- El bote: El animal se acercará a cada mayor con un bote lleno de chucherías y otro vacío por lo que se intentará que, los participantes, traten de que en los dos botes haya los mismos caramelos.
- Imitación: Cada participante tiene que imitar los diferentes sonidos que realice el perro y posturas que el animal adopte.
- Partes del cuerpo: Se coloca el perro encima de una mesa. Dos usuarios se colocan a un lado del perro y otros dos en el lado opuesto, van tocando y nombrando las diferentes del cuerpo desde la cabeza hasta la cola (orejas, ojos, hocico, cuello, patas,.... cola) y después ir comparándolas con las de la persona que señalará sobre sí mismo. Es un ejercicio para trabajar la propia percepción y el trabajo en grupo.
- ¿Qué me traes?: El perro lleva en su boca una cesta conteniendo diferentes objetos como pueden ser: unas llaves, un pañuelo, una moneda y un bolígrafo. Se les tapan los ojos a los mayores y se les pide que llamen al perro y, con nuestra ayuda, cojan uno de los objetos de la cesta teniendo que acertar lo que es mediante el tacto.

- Repetición: Se les da a cada paciente una serie de varias palabras que tienen que memorizar. Cuando se les pregunte tienen que enumerarlas correctamente. Si es así, el perro moverá la cola en señal de aprobación; de lo contrario, el animal ladrará en señal de desacuerdo.
- ¿Cómo lo hago yo?: Se les enseña cómo cepillar al perro y se pide uno por uno que cepillen al perro diciéndole la zona por la que deben pasar el cepillo. Después se les pregunta cómo se peinan y se arreglan ellos, que lo expliquen y simulen. Es un ejercicio muy sencillo para trabajar las ABVD (Actividades Básicas de la Vida Diaria) ya que, además del cepillado, también se puede simular la higiene.

Actividades para respuestas emocionales y sociales

Objetivos específicos de las actividades que se detallan a continuación:

- Potenciar la afectividad y la empatía.
- Promover la canalización de las emociones y la capacidad de expresión.
- Promover la expresividad.
- Potenciar la creación de vínculos y amistades.
- Reducir ansiedad y negatividad.
- Desarrollar y mejorar las habilidades sociales.
- Potenciar las relaciones interpersonales
- Potenciar el auto reconocimiento
- Mejorar la capacidad de frustración

Ejemplos de la ejecución:

- El cartero: Cada persona escribe, o le ayudan a escribirlo, su nombre en un trozo de papel y lo pondrá dentro de una bolsa que lleva el perro. El perro irá de persona a persona y cada una tendrá que sacar un papel, leerlo en voz alta e indicar quién es la persona escrita en el papel haciendo un comentario en positivo sobre ella.
- Recuerdos: Cada usuario relatará algún momento gratificante del pasado vivido con un perro o cualquier sensación relajante que le haya producido el contacto con el animal como pueda ser: una caricia, una orden dada y obedecida por el perro, reposar la cabeza en su regazo para recibir caricias, etc., y el perro tratará de evocar ese momento o sensación.
- Mira cómo te saludo: El perro realizará un breve saludo a cada participante del grupo. Al usuario que salude, tiene que hablar sobre el animal: si lo han echado de menos en los días que no ha tocado sesión, lo que más le gusta de él, compararlo con otro de su especie que conozcan o hayan conocido, etc.
- Compartimos amigo: Un usuario se levanta llevando al perro de la correa hasta el extremo opuesto al suyo para presentárselo a un compañero para que realiza la misma operación. Para recoger la información pertinente en esta etapa, se pueden utilizar los registros de observación de los profesionales, el diálogo o entrevistas informales con los usuarios, cuestionarios de satisfacción sobre la actividad así como dinámicas.

6.- EVALUACIÓN DEL PROYECTO

La evaluación es un proceso imprescindible de la intervención socioeducativa. Este proceso de investigación nos permite conocer el alcance de los logros de nuestra intervención realizando un contraste entre lo que se pretendía y lo conseguido. La evaluación se constituye, asimismo, como una herramienta de mejora de la calidad de nuestra intervención y de innovación al verificar la bondad del trabajo desarrollado. Como bien explica Gloria Pérez Serrano (2002) sobre la evaluación permite reconocer los errores y aciertos de nuestra práctica, a fin de corregirlos en el futuro. Se puede considerar una perspectiva dinámica que nos permite reconocer los avances, retrocesos y desviaciones en el proceso de consolidación y nos ubica en la etapa actual con sus retos y tareas, sus luces y sombras.

Es el momento de dar respuesta a diversos interrogantes que se abrirán en el transcurso de la intervención y a los que se intentará dar respuesta en los distintos momentos de la evaluación que diseñaremos según las recomendaciones de Pérez Juste (2006). Esta es su propuesta de evaluación de programas que queda sintetizada, como este mismo autor califica, en tres adjetivos: integral, integrada e integradora.

✚ **Evaluación inicial o evaluación del programa en sí mismo:** Tiene una finalidad preventiva ya que intenta eliminar las causas previsibles que puedan conducir al fracaso de la intervención. Tiene una serie de dimensiones que deben ser objeto de evaluación:

✚ **Evaluación formativa o procesual:** Es el proceso de aplicación del programa el cual tiene como finalidades: la toma de decisiones correctivas pertinentes y acumular información valiosa que permita evitar aspectos negativos y reforzar los positivos. Sus dimensiones son:

✚ **Evaluación final o de resultados del programa:** Su finalidad principal es comprobar el grado de eficacia alcanzado o nivel de logro. Dimensiones:

✚ **Institucionalización:** Se trata de aportar información de lo logrado por el programa, se rinden cuentas. Se pretende que las ediciones posteriores den resultados superiores optimizando medios y recursos.

Finalidad: Integrar la evaluación en el programa al servicio de su mejora y de su eficacia así como de la mejora del personal y del contexto en el que se realiza el proyecto. Son ciclos sucesivos de evaluación y mejora.

6.1.- Resultados

En el área física: Después de las escalas de Tinetti y Up and Go, que realizan una valoración física según la marcha, equilibrio y postura, pasadas pre y pro a la intervención, se demuestra que se han obtenido resultados bastante satisfactorios pasando de tener un grupo de mayores con un riesgo moderado de caídas a un cambio de riesgo de caída leve tras la TAA. Concretamente, de los 20 usuarios que han participado en el proyecto, 12 de ellos muestran riesgo leve de caídas y 8 un riesgo moderado después de la intervención.

Los resultados más relevantes que se observan:

- Aumento de la destreza manipulativa (motricidad gruesa y fina).

- Aumento en la movilidad de miembros superiores.
- Aumento de la coordinación óculo-manual.
- Aumento de equilibrio en el tronco en posición de sentado y de pie.

Se entiende así que los animales estimulan a los mayores a mantenerse en forma practicando actividad física moderada-leve ayudando a reforzar conductas de hábito saludable. La práctica de ejercicio físico también va a ayudar a reducir la tensión arterial así como la mejora del sueño ya que en los mayores la calidad se ve mermada y el control de la ansiedad y el estrés.

En el ámbito cognitivo y funcional: En las escalas de Barthel y Lawton y Brody, las cuales miden el nivel funcional (anexos 3 y 4), se ha pasado de tener a un colectivo dependiente leve en las ABVD (Actividades Básicas de la Vida Diaria) y en las AIVD moderado (Actividades Instrumentales de la Vida Diaria) a obtener resultados de un grupo de 9 personas (las que padecen Alzheimer) con dependencia leve/moderada y el resto del grupo con independencia aunque bajo supervisión.

Hay que tener en cuenta que la pérdida de la capacidad de manejo en las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) contribuye a un mayor distanciamiento del entorno social con tendencia al aislamiento de los mayores suponiendo éstas la clave para la evaluación integral de su salud y autonomía; mientras que las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) están asociadas a la supervivencia. Esto se corrobora en este trabajo ya que en el índice de Lawton y Brody se obtiene un nivel de dependencia superior lo que conlleva a la familia a tomar la decisión de institucionalizar a los mayores llegando a provocar un distanciamiento social.

Al igual que en este proyecto, es muy frecuente encontrar en la bibliografía que se utilice el índice de Lawton junto con otros índices de actividades básicas de la vida diaria, sobre todo el de Barthel, para realizar la evaluación de la funcionalidad en las actividades avanzadas (Vergara y cols., 2012).

Las escalas de Lobo y Pfeiffer que valoran la capacidad cognitiva (anexos 5 y 6) demuestran que, tras la intervención, aumentan las interacciones verbales de los miembros del grupo, de la capacidad de concentración y atención y la mejora de la memoria. Esto se hace más evidente en los usuarios sin deterioro cognitivo que, por ejemplo, en los que padecen demencia tipo Alzheimer.

En resumen, los resultados en el aspecto cognitivo se observan así:

- Mejora en la articulación de las palabras y en la fluidez verbal.
- Aumento en la atención, concentración, percepción, motivación y memoria.

La recogida de información que se realiza durante o al término mismo de la sesión de terapia, sí que demuestra un elevado índice cognitivo en todos los usuarios pero en la evaluación final queda demostrado que los mayores que padecen demencia tipo Alzheimer mantienen su nivel cognitivo mientras que, el resto, ha elevado este nivel.

Se reafirma entonces que, la utilización de la TAA con mayores, puede llegar a mantener e, incluso, mejorar el nivel cognitivo. También se constata que, durante las sesiones, los usuarios hablan más y expresan mejor sus sentimientos que en sesiones de otro tipo en las que se muestran más reservados y pasivos.

En lo social y emocional: No se puede comprobar con exactitud si el sentimiento de soledad o de inutilidad que, a veces, confiesan los mayores haya disminuido más que por la sensación de tranquilidad que emana de las sesiones de terapia y de las ganas que transmiten verbalmente dichos usuarios a los profesionales del SED durante el tiempo que duran las intervenciones.

Según los resultados obtenidos, también se puede apreciar que los animales facilitan la socialización entre los mayores, profesionales y familias ya que se advierte cómo los usuarios aumentan su facilidad de palabra contando sus experiencias vividas del pasado y actuales, sus opiniones sobre el animal, su satisfacción, etc. Esto se aprecia, sobre todo, en las entrevistas post-intervención con las familias que nos cuentan cómo los mayores se centran al hablar del tema del animal, todo lo que han trabajado, el contacto con el animal, las ganas que tienen de volver a las sesiones... Esto hace que desconecten de sus problemas creando un buen ambiente grupal y facilite las relaciones con los demás.

En general, se obtienen estos resultados de las escalas y cuestionarios pasados a los mayores durante el proceso que dura la intervención, dentro del apartado perteneciente al ámbito social y emocional:

- Aumento de la autoestima y la empatía.
- Fortalecimiento del sentido de pertenencia a un grupo.
- Reducción del aislamiento.
- Disminución de manifestaciones psiquiátricas.
- Evolución positiva en los procesos de depresión y ansiedad.
- Aumento de la relajación.

Los resultados obtenidos tras el análisis de la información posterior a la intervención para la evaluación de la calidad de vida demuestran una mejoría notable después de la intervención por lo que se comprueba, en su totalidad, que se logran los objetivos planteados en el proyecto propuesto.

7.- DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

7.1.- Discusión

Después de haber buscado y leído una gran cantidad de información sobre la Terapia Asistida con Animales, se cree importante realizar juicios de valor sobre el tema tratado ya que, aunque se comprueba que dicha terapia es beneficiosa en prácticamente todos los ámbitos, tampoco hay que olvidar que no es la panacea para mejorar deterioros que causen una enfermedad o ésta misma.

En la inmensa mayoría de bibliografía encontrada se demuestra que en una intervención de este tipo se obtienen resultados positivos, sobre todo, a corto plazo pero ¿a medio y largo plazo? Tras las valoraciones realizadas en el proyecto que se ha llevado a cabo antes, durante e inmediatamente después a la intervención se demuestra que es un éxito pero parece difícil mantener estos niveles si no existe una continuidad. Los mayores tienden a olvidar con facilidad, sobre todo si existe demencia, cualquier acontecimiento que se salga de su hábito

diario por lo que sería conveniente mantener este tipo de terapias en el tiempo formando parte de la programación cotidiana en este tipo de servicios.

Después de la intervención, se está de acuerdo con Signes Llopis (2009) y Martínez Abellán (2008) en que consideraban que el sólo hecho de realizar dos sesiones semanales de TAA hace que los mayores sepan el día en el que están ya que esperan la visita del animal con interés. Esto se reafirma al demostrarse que, en la orientación a la realidad y espacio-temporal, están más centrados en el día, mes, año o lugar donde se encuentran.

También se confirma que los animales pueden desencadenar comportamientos divertidos que provocan risa y alegría en los mayores, dos razones que impactan positivamente en la calidad de vida de las personas. Cualquier risa que pueda provocar el perro aumenta la concentración y la atención en la actividad que se está realizando manteniendo ese estado de alegría incluso finalizada la sesión.

En el trabajo de Vergara y cols. (2012) se confirma que la escala de Lawton para la valoración de las actividades instrumentales de la vida diaria tiene una excelente fiabilidad y validez. Esto es algo que no se debe considerar tan concluyente porque, en general, todas las escalas suelen ser bastante subjetivas teniendo que depender de la contestación del usuario o del familiar en caso de que, el propio mayor, esté incapacitado por lo que las variaciones suelen depender de diversos factores como: el nivel cultural, de retención memorística, la capacidad de concentración y atención, etc. que es algo muy variable en todas las personas sean mayores o no, con demencias o sin ellas. Esto también se puede ampliar a otros tipos de escalas o cuestionarios.

Se da el caso que algunas de las herramientas metodológicas que se han utilizado para recoger información en el proyecto descrito, como puedan ser las de Pfeiffer, Lawton y Brody, Barthel o Lobo, también son utilizadas en el ámbito sanitario y logran despistar a los profesionales en la evaluación de la demencia por lo que no se debe de considerar que tengan una validez exacta. Es, posiblemente, la observación y el trabajo diario con los mayores lo que hace tener el criterio más acertado sobre su valoración integral, eso sí, con la ayuda de la labor de un equipo multidisciplinar.

La gran mayoría de los trabajos estudiados hacen referencia a la intervención con mayores desde residencias geriátricas por lo que no cabe la posibilidad de realizar alguna comparación entre trabajos realizados dentro de los Servicios de Estancias Diurnas.

También puede ser discutible el hecho de que, en nuestro caso, todos los usuarios hubieran tenido relación en el pasado con el perro dado el ámbito rural donde se han movido pero queda la duda si se obtendrían igual de buenos resultados con un colectivo de mayores que siempre hubiese vivido en la ciudad sin relación alguna con animales. Se deduce que el procedimiento de usar como coterapeuta a un perro tiene mayor efectividad con aquellos sujetos que se sienten motivados hacia la presencia del animal en cuestión por mantenerlo en la memoria.

Los casos de comportamiento más problemáticos suelen ser los relacionados con la demencia por la agitación que puedan tener. Para algunos autores como Sellers (2006) consideran que hay una disminución en esos comportamientos y mejora en los sociales. En nuestro caso, a pesar de constatar esos resultados, no queda claro si esa situación se continuará en el tiempo. Se puede deducir que, de alguna manera, la TAA funciona como

lubricante social puesto que pudimos observar que fuera de la terapia, los participantes comentaban a veces cosas acerca de ésta produciéndose una socialización que antes no se observaba por lo que este cambio se da gracias al animal.

De esta manera se deriva que los beneficios que se pueden obtener en los ámbitos psicosociales son dignos de mención puesto que, para poblaciones como la nuestra, es de gran importancia subsanar la problemática emocional que deriva de la sensibilidad de la edad anciana ante los cambios y la pérdida de sus facultades teniendo repercusión en su aislamiento social.

En el trabajo de Zamorra (2002) se dice que las personas mayores que conviven con animales o se relacionan con ellos, acuden con menos asiduidad al médico algo que también apoyamos tras la confirmación de las familias por lo que parece posible que los mayores se aislen, temporalmente, de sus dolencias.

7.2.- Conclusiones

Por toda la bibliografía encontrada sobre el tema de la TAA se demuestra el gran interés que este tipo de intervenciones tiene tanto en nuestro país como a nivel mundial a pesar de lo relativamente reciente del tema. Es por ello que son muchas las asociaciones emergentes no sólo dedicadas al adiestramiento de perros de asistencia, sino también a la realización de terapias con perros.

A pesar de toda la información existente sobre el tema aún no ha llegado a calar hondo en la sociedad y, mucho menos, a nivel gubernamental ya que no existe una regulación a nivel legislativo o normativo. Es un tema poco extendido, en general, por lo que cuesta explicarles a las familias lo que se pretende conseguir con la incorporación de un animal en el trabajo diario; sólo cuando se ven algunos resultados positivos son, ellos mismos, quienes se preocupan por informarse sobre el tema. A pesar de esto, es de reconocer que el diseño del programa anterior hubiese sido impensable de llevar a la práctica si no se hubiese estrechado la relación con los animales como fruto de una sociedad mucho más concienciada en la protección de éstos y progresista ante la posibilidad de proyectos innovadores buscando el beneficio entre el humano y el animal sin producir daños colaterales.

Respecto al colectivo que se ha abordado, es evidente que la incorporación de un animal a la rutina de un servicio de estas características es un gesto nada complejo de aplicar teniendo en cuenta los grandes beneficios que acarrea a estas personas puesto que no sólo el animal les aporta un cariño incondicional sino que, además, les ayudan a mejorar su calidad de vida.

La idea de este proyecto ha sido el realizar una intervención integral estableciendo unas pautas de actuación contempladas en las fases anteriores y encaminadas al logro de unos determinados objetivos que, además de ser cumplidos, se ven reforzados por otras conductas observadas como pueden ser:

- Motivación para la realización de diferentes tareas.

- Estimulación de intereses, curiosidad y capacidad de asombro y aprovechar esta atención para trabajar diferentes aspectos físicos y psíquicos.
- Ofrecer momentos de esparcimiento y recreación. Alternativa al trabajo diario.
- Favorecimiento de estados emocionales benéficos (alegría, sentido del humor, serenidad)
- Fomento de la creatividad.
- Aspecto emocional: Facilitar la expresión y el control de sentimientos.
 - Como dificultades encontradas para llevar a cabo el proyecto presentado:
 - Diseño de las actividades a realizar para conseguir los objetivos marcados teniendo como intermediario a un animal.
 - Diseñar un horario en el que todos los profesionales del SED pudiesen participar en las sesiones.
 - Ocupar un espacio dentro del centro que no molestase a otros usuarios que participan en las distintas actividades que ofrece la institución y que, a su vez, fuese lo bastante amplio para el desenvolvimiento del animal.
 - Lograr la implicación de todos los usuarios del servicio para llevar a cabo un proyecto de TAA teniendo en cuenta la pasividad que, a veces, demuestran ante cualquier novedad que se les ofrece.
 - Dificultad de realizar grupos pequeños ante las pocas características comunes que muestra el colectivo (heterogeneidad absoluta en las patologías).

7.3.- Reflexiones y propuestas de mejora

Este tipo de terapias ha demostrado ser un arma efectiva para el manejo de muchas patologías sin contraindicaciones o efectos secundarios pero, eso sí, proporcionando al paciente que la recibe grandes beneficios terapéuticos.

Durante el desarrollo de las sesiones de intervención con los mayores, lo que más curioso parece es ver cómo los perros consiguen captar y mantener la atención y la concentración de los usuarios durante casi todo el tiempo de la sesión. Todos conocemos la dificultad que entraña en personas con patología de Alzheimer el captar su atención y todavía más el mantenerla por lo que sorprende gratamente el cambio que se opera en esos usuarios ante la presencia del animal.

También es importante que, en toda la bibliografía consultada sobre este tema, la selección del perro se basa en unas determinadas razas por lo que se plantea que, si bien eso aporta unas determinadas características, ¿no haría igualmente este trabajo un perro mestizo adiestrado y reeducado? Eso daría la oportunidad de utilizar a perros alojados en instituciones protectoras para que tuviesen una segunda oportunidad de ser útiles para la sociedad.

La condición de tener conocimiento previo y exhaustivo de cada uno de los usuarios gracias a la intervención diaria con ellos, es algo determinante a la hora de diseñar un proyecto como el que se ha descrito ya que facilita alcanzar los resultados positivos que se proponen. Así como disponer de un equipo multidisciplinar de trabajo tan consolidado como el que hay en el SED con una organización muy estructurada y la fluidez en la comunicación como base de la rutina de trabajo. En caso contrario, sería una limitación grave a la hora de poner en marcha el proyecto.

Por otro lado, existe un choque continuo entre profesionales y las instituciones o empresas encargadas de facilitar proyectos innovadores que, aunque son las primeras en demandarlos, luego se echan atrás excusándose con la financiación algo que, como se ha comprobado en este proyecto, es fácil de solucionar. Siempre se pueden buscar alternativas lo más económicas posibles para llevar a cabo proyectos innovadores, sólo es preciso tener disposición por todas las partes que vayan a formar el equipo. Suelen ser los profesionales los primeros en ofrecer cambios innovadores que luego se ven rechazados por las instituciones para las que trabajan, eso sí, siempre que no haya subvenciones de por medio porque, de lo contrario, hacen lo inimaginable para conseguirlas aún sin pensar en la calidad asistencial que se pueda ofrecer a cambio.

Como propuestas de mejora para un futuro proyecto de semejantes características serían:

- ✓ Mayor probabilidad de éxito en la intervención si se realizasen sesiones individuales y se mantuviesen en el tiempo.
- ✓ Sería recomendable disponer de infraestructuras diseñadas para un proyecto de esta envergadura.
- ✓ Una buena línea de investigación sería la comparativa entre un grupo de mayores asistente al SED y otro que no lo sea, implantándole a ambos sesiones de TAA.
- ✓ Ante todo, la implicación de las instituciones u organizaciones empresariales para hacer posible más investigaciones e intervenciones en este campo.
- ✓ Conseguir una legislación que se adapte a los tiempos actuales en este terreno teniendo en cuenta el bienestar del animal.
- ✓ Disponibilidad de un animal de compañía en las instituciones que alberguen personas mayores para que se sientan útiles y necesitadas.

A pesar de que en los últimos años han aumentado tanto el número como el tipo de recursos, aún nos queda mucho camino por recorrer para adecuarnos a las necesidades reales de las personas mayores.

Para finalizar este proyecto, me gustaría hacerlo con palabras de Serrano, M.J. (2004): “El amor que pueden ofrecer los animales de compañía a sus cuidadores y otras personas con las que se relacionen así como el nivel de estimulación permanente que garantizan, difícilmente se puede lograr con otro tipo de terapia”.

8.- BIBLIOGRAFÍA Y DOCUMENTACIÓN

Además de la bibliografía y páginas web que a continuación se citan y que han servido como base de la teoría expuesta en el proyecto, también hay que puntualizar la gran ayuda aportada a esa teoría la escucha de programas radiofónicos como: “El perro y el gato” de Onda Cero y la emisión del programa de televisión de la Cuatro: “El encantador de perros”.

- ✚ Andrew, T. y Edney, B. (1995). *Companion animals and human health: an overview*. JRSM. 88: 704-8.
- ✚ Berget, B. y Braastad, B. (2011). Animal-assisted therapy with farm animals for persons with psychiatric disorders. *Ann Ist Super Sanità*. 47 (4), 384-90.

- ✚ Bermejo García, L. (2005). *Gerontología educativa: cómo diseñar proyectos educativos con personas mayores*. Madrid: Editorial médica panamericana.
- ✚ Brañas, F. y Serra, J. (2002). Orientación y tratamiento del anciano con demencia. *Inf Ter Sist Nac Salud*. 26, 65-77.
- ✚ Castellanos, F., Cid, M., Duque, P. y Zurdo, M. (2011). Abordaje integral de la demencia. *Inf Ter Sist Nac Salud*, 2(35), 39-45.
- ✚ Crespo, M., Hornillos, C., Bernaldo de Quirós, M. y Gómer, MM. (2011). La evaluación de la calidad de vida en personas con demencia. *Revista española de geriatría y gerontología*, 46(6), 319-324.
- ✚ Cusack, O. (2008). *Animales de compañía y salud mental*. 2ª Edición. Fondo editorial de la Fundación Affinity, Barcelona.
- ✚ De-Juanas Oliva, A., Limón Mendizábal, M. R. y Navarro Asencio, E. (2013). Análisis del bienestar psicológico, estado de salud percibido y calidad de vida en personas adultas mayores. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, 22, 153-168.
- ✚ Delta Society (1992). *Handbook for animal-assisted activities and animal-assisted therapy*. Renton, WA: Author.
- ✚ DSM-IV. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Masson. Barcelona.
- ✚ Durante Molina, P. y Pedro Tarrés, P. (2010). *Terapia Ocupacional en geriatría: Principios y práctica*. 3ª Edición. Editorial: Masson.
- ✚ Estivill, S. (1999). *La terapia asistida con animales de compañía*. Tikal ediciones, Barcelona.
- ✚ Fine A.H. (2003). *Manual de terapia asistida por animales*. Fundación Affinity. Fondo Editorial. Barcelona.
- ✚ Fundación Affinity (2008). *Animales de compañía, fuente de salud: comunicaciones del VII Congreso Internacional, Madrid 2007*. Fondo editorial de la Fundación Affinity, SantCugat del Vallès.
- ✚ García, A., Ortiz, MI. y Gómez, MC. (2003). *El envejecimiento de las poblaciones: los casos de España y México*. Anales de geografía de la universidad complutense. 23,75-102.
- ✚ Garre, J. y López, S. (2006). *Epidemiología de las demencias. Alzheimer realidades e investigaciones en demencia*. 32, 4-13.
- ✚ Goig Martínez, Rosa Mª. (2013). *Estrategias y técnicas de intervención. Animación e intervención sociocultural* (1-39). Madrid: UNED.
- ✚ González, VM., Martín, C., Martín, M., González, M.J., García de Blas, F. y Riu, S. (2004). La enfermedad de Alzheimer. *Semergen. Revista española de medicina de familia*,. 1, 18-33.
- ✚ González Mas, R. (2003). *Enfermedad de Alzheimer: Clínica, tratamiento y rehabilitación*. Masson S.A.
- ✚ Gross Naschert, E. (2006). *Equinoterapia: La rehabilitación por medio del caballo*. 1ª Edición. Trillas SA de CV. 15-95.
- ✚ Gutiérrez, G., Granados, D.R. y Piar, N. (2007). Interacciones humano-animal: características e implicaciones para el bienestar de los humanos. *Revista Colombiana de Psicología*. 16, 163-83.
- ✚ Joint Committee on Standards for Educational Evaluation. (1994). *Normas de evaluación para programas, proyectos y material educativo*. México. Trillas.
- ✚ Lucas, R. (2012). Reflexión sobre la calidad de vida en personas con demencia. *Alzheimer. Real Invest Demenc*, 51, 3-4

- ✚ Martínez Abellán, R. (2008). La terapia asistida por animales: una nueva perspectiva y línea de investigación en la atención a la diversidad. *REDALYC*, 9, 117-43.
- ✚ Martínez Abellán, R. (2009). Atención a la diversidad y terapia asistida por animales. *REI*, 2 (3): 111-133.
- ✚ Martínez, R. (2008). La terapia asistida con animales: Una nueva perspectiva y línea de investigación en la atención a la diversidad. *Indivisa, Bol Estud Invest.*, 9,117-144.
- ✚ Martínez Alcalde, J. y Flecha Martínez, J. (2000). *Manuales de evaluación de la eficacia de la terapia asistida con animales: Gerontología*. Fondo editorial de la Fundación Affinity, Barcelona.
- ✚ Minguell Martín, F. (2008). La terapia asistida por animales: el animal como co-terapeuta. *Revista Animalia*, 195, 40-46.
- ✚ Olarazán, J., Reisberg, B., Clare, L., Cruz, I., Peña-Casanova, J., Delser, T. et al.(2012). Nonpharmacological Therapies in Alzheimer’s disease: A systematic Review of efficacy. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 30, 161-178.
- ✚ Oropesa Roblejo, P., García Wilson, I., Puente Saní, V. y Matute Gaínza, M. (2009). Terapia asistida con animales como fuente de recurso en el tratamiento rehabilitador. *Medisan*, 13(6), 30-60.
- ✚ Palley, L., O’ Rourke, P. y Niemi, S. (2010). Mainstreaming animal-assisted therapy. *ILAR Journal*, 51(3), 199-207.
- ✚ Pérez Juste, R. (2006). *Evaluación de programas educativos*. Madrid: La Muralla.
- ✚ Pérez Serrano, G. (2002). *Elaboración de Proyectos Sociales. Casos prácticos*. Madrid: Narcea, S.A
- ✚ Pérez Serrano, G. y De-Juanas Oliva, A. (2013). *Calidad de vida en personas adultas y mayores*. Madrid:UNED
- ✚ Prieto, C., Eimil, M., López, C. y Llanero, M. (2011). *Impacto social de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. Fundación española de enfermedades neurológicas.
- ✚ Ridruejo, P. (2006). *Terapia Asistida por Animales: síntesis y sistemática*. Fundación Affinity. Fondo Editorial. Barcelona.
- ✚ Salgado, A. (2007). Investigación cualitativa: Diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *Liberabit*, 13, 71-78.
- ✚ Schalock, R. y Verdugo, M.A. (2002/2003). *Quality of life for human service practitioners*. Washington, DC: American Associationon Mental Retardation [Traducido al castellano por M.A. Verdugo y C. Jenaro. *Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid: Alianza].
- ✚ Schalock, R. y Verdugo, M.A. (2007). El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual. *Siglo Cero*, 38 (4), 21-36.
- ✚ Schalock, R. y Verdugo, M.A. (2008). Quality of life conceptual and measurement frameworks: from concept to application in the field of intellectual disabilities. *Evaluation &Program Planning*, 31(2), 181-190.
- ✚ Sellers, D. M. (2006). The Evaluation of an Animal Assisted Therapy Intervention for Elders with Dementia in Long-Term Care. *Activities, Adaptation & Aging*. 30:1, 61-77.
- ✚ Serrano, M.J. (2004). *Manuales de Evaluación de la Eficacia de la Terapia Asistida con Animales (II. Autismo)*. Fundación Affinity. Fondo Editorial. Barcelona.
- ✚ Serpell, J. (1991). Efectos beneficiosos en los propietarios de mascotas en varios aspectos de la salud y comportamientos humanos. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 84 (12), 717-720.
- ✚ Signes Llopis, M. (2009). *La utilización del CanisFamiliaris en Terapia o Actividad Asistida por Animales TAAA*. Safor.

- ✚ Strauss, I. (1991). *Hippotherapy: Neurophysiological Therapy on the Horse*. Ontario Therapeutic Riding Association. ISBN.
- ✚ Tucker, M. (2004). *The Pet Partners Team Training Course Manual*. Bellevue, WA: Delta Society.
- ✚ Van Duijin, GM., Stijnen R. y Hofman A. (1997). Risk factors for Alzheimer's disease: Overview of the EURODEM collaborative re-analysis of case-control studies. *Int J Epidemiol*, 20 (2), 4-12.
- ✚ Vergara, I., Bilbao, A., Orive, M., García, S., Navarro, G. y Quintana, I. (2012). Validation of the Spanish versión of the Lawton IADL Scale for its in elderly people. *HQLO*, 10 (130),1-7.
- ✚ Zamorra, M. P. (2002). Terapia asistida por animales de compañía. Bienestar para el ser humano. *Centro de salud. EAP*. 10 (3),143-9.

8.1.-Webgrafía

- ✚ http://www.docv.gva.es/portal/ficha_disposicion_pc.jsp?sig=1748/2003&L=1 Discapacidad es. Diario oficial de la Comunitat Valenciana. Consultado el 30 Abril 2015.
- ✚ <http://www.deltasociety.com.au/pages/about-delta-therapy-dogs.html>. Consultado: 18 Mayo 2015
- ✚ Fundación Bocalan: <http://www.bocalan.es>. Consultado: 5 Mayo 2015
- ✚ Fundación Affinity: <http://www.fundacion-affinity.org>. Consultado: 7 Mayo 2015
- ✚ <http://www.terapiaconperros.com>. Consultado: 27 Abril 2015
- ✚ <http://www.taac.es> Consultado: 4 Mayo 2015
- ✚ Canemterapia www.canemterapia.com. Consultado: 11 Mayo 2015
- ✚ Espacio Itaca www.espacioitaca.com. Consultado: 13 Mayo 2015
- ✚ Somosdos www.terapiaconanimalesomosdos.wordpress.com. Consultado: 13 Mayo 2015
- ✚ Fundación cuatro patas www.fund4patas.wordpress.com. Consultado: 5 Mayo 2015
- ✚ Fundación Genes y Gentes: www.fundaciongenesygentes.es Consultado: 11 de Mayo 2015
- ✚ http://www.voraus.com/adiestramientocanino/modules/wfsection/html/a000583_la-utilizacion-del-canis-familiaris-en-terapia-o-actividad-asistida-con-animales.pdf: Consultado: 23 Mayo 2015
- ✚ <http://www.castillalamanca.es/gobierno/sanidadyasuntossociales/estructura/dgsmppdd/actuaciones/servicio-de-estancias-diurnas-sed>. Consultado: 1 de Junio 2015
- ✚ http://ruc.udc.es/bitstream/2183/14125/2/PereiraPi%C3%B1ero_Beatriz_TFG_2014.pdf. Consultado en varias ocasiones entre Abril y Diciembre 2015.
- ✚ <http://es.wikipedia.org/wiki/Demograf%C3%ADa>. Consultado en varias ocasiones entre Abril y Junio.
- ✚ <http://www.eleducadog.com/>. Consultado: 2 de Junio 2015.
- ✚ <http://www.isabelsalama.com/Terapia%20asistida%20por%20Animales%20%281%29.htm> Consultado en varias ocasiones entre Mayo y Junio 2015.
- ✚ <http://www.labradoresdeabantueso.com/labrador-de-trabajo/terapia.html>. Consultado en varias ocasiones en Mayo 2015.
- ✚ <http://www.elmundodelperro.net/noticia/2310/Noticias/Un-estudio-clinico-demuestra-los-beneficios-de-la-terapia-asistida-con-animales-en-pacientes-de-cancer-adultos-sometidos-a-tratamiento-complejo-con-radio-y-quimioterapia.html>. Consultado: 12 Mayo 2015.

- ✚ <http://www.aepccc.es/blog/item/la-terapia-asistida-con-animales-una-nueva-dimension-en-la-rehabilitacion-neuropsicologica.html>. Consultado el 18 Mayo 2015.
- ✚ <http://www.clubperruno.com/articulos-de-perros/beneficios-de-tener-un-perro/2724.html>. Consultado en varias ocasiones en Mayo 2015.
- ✚ <http://www.aces.edu/pubs/docs/U/UNP-0058/UNP-0058.pdf>. Consultado en varias ocasiones en Mayo 2015.
- ✚ www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/123907/TBMG.pdf?sequence.
- ✚ Consultado en varia ocasiones entre Mayo y Junio 2015.
- ✚ <http://www.terapiaconperros.com/default.asp?webpage=Terapia1>. Consultado en varias ocasiones entre Mayo y Junio 2015.
- ✚ <http://www.terapiaconanimales.com/quienes.html>. Consultado en varias ocasiones entre Mayo y Junio 2015.
- ✚ <http://www.tudiscoverykids.com/padres/articulos/terapias-con-animales/>. Consultado el 15 Junio 2015.
- ✚ https://es.wikipedia.org/wiki/Campo_de_Criptana. Consultado en varias ocasiones entre Mayo 2015 y Enero 2016.
- ✚ http://www.forosocialcriptana.com/IMG/pdf_7.DEMOGRAFIA.pdf. Consultado en varias ocasiones entre Mayo 2015 y Enero 2016.
- ✚ <http://ddd.uab.cat/pub/trerecpro/2011/85707/terasiani.pdf>. Consultado en varias ocasiones en Enero 2016.
- ✚ <http://www.armoniaanimal.com/>. Consultado el 8 de Enero del 2016.
- ✚ www.elmundodelperro.net/. Consultado el 8 de Enero del 2016.
- ✚ <http://www.asociacionhydra.org/>. Consultado el 20 de Enero del 2016.
- ✚ <http://beta.isep.es/wp-content/uploads/2014/07/revision-y-actualizacion-de-la-terapia-asistida-con-animales-aplicaciones-y-beneficios-en-poblaciones-espec%C3%ADficas.pdf>. Consultado en varia ocasiones en los meses de Enero y Febrero del 2016.
- ✚ <http://www.monografias.com/trabajos29/portal-mascotas/portal-mascotas2.shtml>. Consultado el 28 de Enero del 2016.
- ✚ http://enbuenaspatas.blogspot.com.es/2013_11_01_archive.html. Consultado el 22 de Diciembre del 2015.
- ✚ <http://beta.isep.es/wp-content/uploads/2014/07/revision-y-actualizacion-de-la-terapia-asistida-con-animales-aplicaciones-y-beneficios-en-poblaciones-espec%C3%ADficas.pdf>. Consultado en varias ocasiones entre Junio 2015 y Enero 2016.

ANEXOS

Nº 1: ESCALA DE VALORACIÓN GENCAT DE CALIDAD DE VIDA

SED CAMPO DE CRIPTANA

C/ ESPADA, 4
 13610 CAMPO DE CRIPTANA (C. REAL)
 Telf: 926562410 Fax: 926562410
 E-Mail: cdcriptana.personalia@fundaciononce.es

Fecha de impresión:
 miércoles, 24 junio, 2015

TEST ESCALA GENCAT DE CALIDAD DE VIDA

BIENESTAR EMOCIONAL	Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
1. Se muestra satisfecho con su vida presente.				
2. Presenta síntomas de depresión.				
3. Está alegre y de buen humor.				
4. Muestra sentimientos de incapacidad o inseguridad.				
5. Presenta síntomas de ansiedad.				
6. Se muestra satisfecho consigo mismo.				
7. Tiene problemas de comportamiento.				
8. Se muestra motivado a la hora de realizar algún tipo de actividad.				
Puntuación directa TOTAL				

RELACIONES INTERPERSONALES	Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
9. Realiza actividades que le gustan con otras personas.				
10. Mantiene con su familia la relación que desea.				
11. Se queja de la falta de amigos estables.				
12. Valora negativamente sus relaciones de amistad.				
13. Manifiesta sentirse infravalorado por su familia.				
14. Tiene dificultades para iniciar una relación de pareja.				
15. Mantiene una buena relación con sus compañeros de trabajo.				
16. Manifiesta sentirse querido por las personas importantes para él.				
17. La mayoría de las personas con las que interactúa tienen una condición similar a la suya.				
18. Tiene una vida sexual satisfactoria.				
Puntuación directa TOTAL				

ÍTEM 15: Si la persona no tiene trabajo, valore su relación con los compañeros del centro.

ÍTEM 17: Tiene discapacidad, son personas mayores, fueron o son drogodependientes, tienen problemas de salud mental, etc.

UNED CAMPO DE CRIPTANA
 C/ ESPADA, 4
 13610 CAMPO DE CRIPTANA (C. REAL)
 Telf: 926562410 Fax: 926562410
 E-Mail: cdcriptana.personalia@fundaciononce.es

Fecha de impresión:
 miércoles, 24 junio, 2015

TEST ESCALA GENCAT DE CALIDAD DE VIDA

BIENESTAR MATERIAL	Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
19. El lugar donde vive le impide llevar un estilo de vida saludable (ruidos, humos, olores, oscuridad, escasa ventilación, desperfectos, inaccesibilidad ...).				
20. El lugar donde trabaja cumple con las normas de seguridad.				
21. Dispone de los bienes materiales que necesita.				
22. Se muestra descontento con el lugar donde vive.				
23. El lugar donde vive está limpio.				
24. Dispone de los recursos económicos necesarios para cubrir sus necesidades básicas.				
25. Sus ingresos son insuficientes para permitirle acceder a caprichos.				
26. El lugar donde vive está adaptado a sus necesidades.				
Puntuación directa TOTAL				

ÍTEM 20: Si la persona no tiene trabajo, valore la seguridad del centro.

DESARROLLO PERSONAL	Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
27. Muestra dificultad para adaptarse a las situaciones que se le presentan.				
28. Tiene acceso a nuevas tecnologías (internet, teléfono móvil, etc.).				
29. El trabajo que desempeña le permite el aprendizaje de nuevas habilidades.				
30. Muestra dificultades para resolver con eficacia los problemas que se le plantean.				
31. Desarrolla su trabajo de manera competente y responsable.				
32. El servicio al que acude toma en consideración su desarrollo personal y aprendizaje de habilidades nuevas.				
33. Participa en la elaboración de su programa individual.				
34. Se muestra desmotivado en su trabajo.				
Puntuación directa TOTAL				

ÍTEM 29, 31 y 34: Si la persona no tiene trabajo, valore respectivamente si las actividades que realiza en el centro le permiten aprender habilidades nuevas, si realiza esas actividades de forma competente y responsable, y si se muestra desmotivado cuando las realiza.

SED CAMPO DE CRIPTANA
 C/ ESPADA, 4
 13610 CAMPO DE CRIPTANA (C. REAL)
 Telf: 926562410 Fax: 926562410
 E-Mail: cdcriptana.personalia@fundaciononce.es

Fecha de impresión:
 miércoles, 24 junio, 2015

TEST ESCALA GENCAT DE CALIDAD DE VIDA

BIENESTAR FÍSICO	Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
35. Tiene problemas de sueño.				
36. Dispone de ayudas técnicas si las necesita.				
37. Sus hábitos de alimentación son saludables.				
38. Su estado de salud le permite llevar una actividad normal.				
39. Tiene un buen aseo personal.				
40. En el servicio al que acude se supervisa la medicación que toma.				
41. Sus problemas de salud le producen dolor y malestar.				
42. Tiene dificultades de acceso a recursos de atención sanitaria (atención preventiva, general, a domicilio, hospitalaria, etc.).				
Puntuación directa TOTAL				

ÍTEM 36: Si no necesita ayudas técnicas, valore si dispondría de ellas en caso de que llegara a necesitarlas.

ÍTEM 39: Se le pregunta si la persona va aseada o no, no importa que realice el aseo personal por sí misma o que cuente con apoyos para realizarlo.

ÍTEM 40: Si la persona no toma ninguna medicación, marque la opción que considere más adecuada si la tomara. Se refiere a si se revisa la adecuación de la medicación periódicamente.

ÍTEM 41: Si la persona no tiene problemas de salud, marque "Nunca o casi nunca".

AUTODETERMINACIÓN	Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
43. Tiene metas, objetivos e intereses personales.				
44. Elige cómo pasar su tiempo libre.				
45. En el servicio al que acude tienen en cuenta sus preferencias.				
46. Defiendo sus ideas y opiniones.				
47. Otras personas deciden sobre su vida personal.				
48. Otras personas deciden cómo gastar su dinero.				
49. Otras personas deciden la hora a la que se acuesta.				
50. Organiza su propia vida.				
51. Elige con quién vivir.				
Puntuación directa TOTAL				

ÍTEMS 43, 44 y 50: En el caso de personas con drogodependencias, valore si sus metas, objetivos e intereses son adecuados, si elige actividades adecuadas para su tiempo libre y si organiza su propia vida de forma adecuada. "Adecuado" hace referencia a que no tenga relación con el consumo de drogas.

SED CAMPO DE CRIPTANA

C/ ESPADA, 4
 13610 CAMPO DE CRIPTANA (C. REAL)
 Telf: 926562410 Fax: 926562410
 E-Mail: cdcriptana.personalia@fundaciononce.es

Fecha de impresión:
 miércoles, 24 junio, 2015

TEST ESCALA GENCAT DE CALIDAD DE VIDA

INCLUSIÓN SOCIAL	Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
52. Utiliza entornos comunitarios (piscinas públicas, cines, teatros, museos, bibliotecas...).				
53. Su familia le apoya cuando lo necesita.				
54. Existen barreras físicas, culturales o sociales que dificultan su inclusión social.				
55. Carece de los apoyos necesarios para participar activamente en la vida de su comunidad.				
56. Sus amigos le apoyan cuando lo necesita.				
57. El servicio al que acude fomenta su participación en diversas actividades en la comunidad.				
58. Sus amigos se limitan a los que asisten al mismo servicio.				
59. Es rechazado o discriminado por los demás.				
Puntuación directa TOTAL				

DERECHOS	Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
60. Su familia vulnera su intimidad (lee su correspondencia, entra sin llamar a la puerta,...).				
61. En su entorno es tratado con respeto.				
62. Dispone de información sobre sus derechos fundamentales como ciudadano.				
63. Muestra dificultades para defender sus derechos cuando éstos son violados.				
64. En el servicio al que acude se respeta su intimidad.				
65. En el servicio al que acude se respetan sus posesiones y derecho a la propiedad.				
66. Tiene limitado algún derecho legal (ciudadanía, voto, ciudadanía, procesos legales, respeto a sus creencias, valores, etc.).				
67. En el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos (confidencialidad, información sobre sus derechos como usuario...).				
68. El servicio respeta la privacidad de la información.				
69. Sufre situaciones de explotación, violencia o abusos.				
Puntuación directa TOTAL				

SED CAMPO DE CRIPTANA
 C/ ESPADA, 4
 13610 CAMPO DE CRIPTANA (C. REAL)
 Telf: 926562410 Fax: 926562410
 E-Mail: cdcriptana.personalia@fundaciononce.es

Fecha de impresión:
 miércoles, 24 junio, 2015

TEST ESCALA GENCAT DE CALIDAD DE VIDA

Baremo usado

- A** Baremo para la muestra general.
- B** Baremo para personas mayores (a partir de 50 años).
- C** Baremo para personas con discapacidad intelectual.
- D** Baremo para personas de otros colectivos (personas con drogodependencias, VIH, SIDA, discapacidad física y problemas de salud mental).

Sección 1a. Escala de Calidad de vida GENCAT

1. Introducir las puntuaciones directas totales de cada una de las dimensiones.
2. Introducir las puntuaciones estándar y los percentiles.
3. Introducir el Índice de Calidad de Vida.

Dimensiones de Calidad de vida	Puntuaciones directas totales	Puntuaciones estándar	Percentiles de las dimensiones
Bienestar emocional			
Relaciones interpersonales			
Bienestar material			
Desarrollo personal			
Bienestar físico			
Autodeterminación			
Inclusión social			
Derechos			
TOTAL de las puntuaciones estándar (suma)			
ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA (Puntuación estándar compuesta)			
Percentil del Índice de Calidad de Vida			

SED CAMPO DE CRIPTANA

C/ ESPADA, 4
 13610 CAMPO DE CRIPTANA (C. REAL)
 Telf: 926562410 Fax: 926562410
 E-Mail: cdcriptana.personalia@fundaciononce.es

Fecha de impresión:
 miércoles, 24 junio, 2015

TEST ESCALA GENCAT DE CALIDAD DE VIDA

Sección 1b. Perfil de Calidad de vida

Rodee la puntuación estándar de cada dimensión y del índice de Calidad a Vida.
 Después una los círculos de las dimensiones con una línea para formar el perfil.

Percentil	BE	RI	BM	DP	BF	AU	IS	DR	Índice de Calidad de Vida	Percentil
99	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	>130	99
95	15	15	15	15	15	15	15	15	122-130	95
90	14	14	14	14	14	14	14	14	118-121	90
85	13	13	13	13	13	13	13	13	114-117	85
80									112-113	80
75	12	12	12	12	12	12	12	12	110-111	75
70									108-109	70
65	11	11	11	11	11	11	11	11	106-107	65
60									104-105	60
55									102-103	55
50	10	10	10	10	10	10	10	10	100-101	50
45									98-99	45
40									96-97	40
35	9	9	9	9	9	9	9	9	94-95	35
30									92-93	30
25	8	8	8	8	8	8	8	8	89-91	25
20									86-88	20
15	7	7	7	7	7	7	7	7	84-85	15
10	6	6	6	6	6	6	6	6	79-83	10
5	5	5	5	5	5	5	5	5	68-78	5
1	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	<68	1

Observaciones:

Firmado por el profesional

Nº 2: ESCALA DE VALORACIÓN FUMAT DE CALIDAD DE VIDA

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: _____

Nombre _____

Apellidos _____

Sexo Varón Mujer

Dirección _____

Localidad/Provincia/CP _____

Teléfono _____ Lengua hablada en casa _____

	Día	Mes	Año
Fecha de aplicación	_____	_____	_____
Fecha de Nacimiento	_____	_____	_____
Edad cronológica	_____	_____	_____

Nombre de la persona que completa el cuestionario _____

Puesto de trabajo _____

Agencia/Afiliación _____

Dirección _____

Correo electrónico _____ Teléfono _____

Nombre de otros informantes	Relación con la persona	Idioma
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

BIENESTAR EMOCIONAL		Siempre o Casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o Casi Nunca
1	En general, se muestra satisfecho con su vida presente	4	3	2	1
2	Manifiesta sentirse inútil	1	2	3	4
3	Se muestra intranquilo o nervioso	1	2	3	4
4	Se muestra satisfecho consigo mismo	4	3	2	1
5	Tiene problemas de comportamiento	1	2	3	4
6	Se muestra satisfecho con los servicios y los apoyos que recibe	4	3	2	1
7	Manifiesta sentirse triste o deprimido	1	2	3	4
8	Muestra sentimientos de incapacidad e inseguridad	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL					

RELACIONES INTERPERSONALES		Siempre o Casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o Casi Nunca
9	Realiza actividades que le gustan con otras personas	4	3	2	1
10	Mantiene una buena relación con los profesionales del servicio al que acude	4	3	2	1
11	Mantiene una buena relación con sus compañeros del servicio al que acude	4	3	2	1
12	Carece de familiares cercanos	1	2	3	4
13	Valora negativamente sus relaciones de amistad	1	2	3	4
14	Manifiesta sentirse querido por las personas importantes para él	4	3	2	1
Puntuación directa TOTAL					

BIENESTAR FÍSICO		Siempre o Casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o Casi Nunca
30	Tiene problemas de movilidad	1	2	3	4
31	Tiene problemas de continencia	1	2	3	4
32	Tiene dificultad para seguir una conversación porque oye mal	1	2	3	4
33	Su estado de salud le permite salir a la calle	4	3	2	1
34	Tiene problemas para recordar información importante para la vida cotidiana (caras familiares, nombres, etc.)	1	2	3	4
35	Tiene dificultades de visión que le impiden realizar sus tareas habituales	1	2	3	4

Puntuación directa TOTAL

AUTODETERMINACIÓN		Siempre o Casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o Casi Nunca
36	Hace planes sobre su futuro	4	3	2	1
37	Muestra dificultades para manejar el dinero de forma autónoma (cheques, alquiler, facturas, ir al banco, etc.)	1	2	3	4
38	Otras personas organizan su vida	1	2	3	4
39	Elige cómo pasar su tiempo libre	4	3	2	1
40	Ha elegido el lugar donde vive actualmente	4	3	2	1
41	Su familia respeta sus decisiones	4	3	2	1
42	Toma decisiones sobre cuestiones cotidianas	4	3	2	1
43	Otras personas toman las decisiones que son importantes para su vida	1	2	3	4

Puntuación directa TOTAL

INCLUSIÓN SOCIAL		Siempre o Casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o Casi Nunca
44	Participa en diversas actividades de ocio que le interesan	4	3	2	1
45	Está excluido en su comunidad	1	2	3	4
46	En el servicio al que acude, tiene dificultad para encontrar apoyos cuando los necesita	1	2	3	3
47	Tiene amigos que le apoyan cuando lo necesita	4	3	2	1
48	Tiene dificultades para relacionarse con otras personas del centro al que acude	1	2	3	4
49	Está integrado con los compañeros del servicio al que acude	4	3	2	1
50	Participa de forma voluntaria en algún programa o actividad del servicio al que acude	4	3	2	1
51	Su red de apoyos no satisface sus necesidades	1	2	3	4
52	Tiene dificultades para participar en su comunidad	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL					

DERECHOS		Siempre o Casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o Casi Nunca
53	En el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos	4	3	2	1
54	Recibe información adecuada y suficiente sobre los tratamientos e intervenciones que recibe	4	3	2	1
55	Muestra dificultad para defender sus derechos cuando no son respetados	1	2	3	4
56	Cuenta con asistencia legal y/o acceso a servicios de asesoría legal	4	3	2	1
57	Disfruta de todos sus derechos legales (ciudadanía, voto, procesos legales, etc.)	4	3	2	1
Puntuación directa TOTAL					

RESUMEN

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN

Nombre y Apellidos

Informante

Fecha de aplicación

Sección 1a. Escala de Calidad de Vida Fumat

1. Introducir las puntuaciones directas totales de cada una de las dimensiones.
2. Introducir las puntuaciones estándar y los percentiles.
3. Introducir el Índice de Calidad de Vida.

Dimensiones de calidad de vida	Puntuaciones directas totales	Puntuaciones estándar	Percentiles de las dimensiones
Bienestar Emocional			
Relaciones Interpersonales			
Bienestar Material			
Desarrollo Personal			
Bienestar Físico			
Autodeterminación			
Inclusión Social			
Derechos			
Puntuación Estándar TOTAL (suma)			
ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA (Puntuación estándar compuesta)			
Percentil del Índice de Calidad de Vida			

Sección 1b. Perfil de Calidad de Vida

Introducir la puntuación estándar de cada dimensión y del Índice de Calidad de Vida.
Construye una línea gráfica de las dimensiones y del Índice de Calidad de Vida.

Percentil	BE	RI	BM	DP	RF	AU	IS	DR	Índice de CV	Percentil
99	16-20	15-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20		99
95	15	15	15	15	15	15	15	15	>122	95
90	14	14	14	14	14	14	14	14	118-122	90
85	13	13	13	13	13	13	13	13	115-117	85
80									112-114	80
75	12	12	12	12	12	12	12	12	110-111	75
70									107-109	70
65	11	11	11	11	11	11	11	11	105-106	65
60									103-104	60
55									102	55
50	10	10	10	10	10	10	10	10	99-101	50
45									98	45
40									95-97	40
35	9	9	9	9	9	9	9	9	94	35
30									92-93	30
25	8	8	8	8	8	8	8	8	90-91	25
20									87-89	20
15	7	7	7	7	7	7	7	7	83-86	15
10	6	6	6	6	6	6	6	6	78-82	10
5	5	5	5	5	5	5	5	5	71-77	5
1	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	<71	1

Nº 4: ESCALA DE VALORACIÓN FUNCIONAL DE LAWTON-BRODY

CAMPO DE CRIPTANA C/ ESPADA, 4 13610 CAMPO DE CRIPTANA (C. REAL) Telf: 926562410 Fax: 926562410 E-Mail: cdcriptana.personalia@fundaciononce.es		Fecha de impresión: miércoles, 24 junio, 2015
TEST ESCALA FUNCIONAL - LAWTON y BRODY		
Datos Residente:		
<u>Código:</u>	<u>Nombre:</u>	<u>Edad:</u>
<u>Nº Seg. Social:</u>	<u>Nº S.I.P.:</u>	
<u>CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO:</u> <input type="checkbox"/> Utiliza el teléfono y posee iniciativa propia para buscar y marcar los números. <input type="checkbox"/> Marca unos cuantos números bien conocidos. <input type="checkbox"/> Contesta al teléfono pero no marca. <input type="checkbox"/> No usa el teléfono en absoluto.	<u>CUIDAR LA CASA:</u> <input type="checkbox"/> Cuida la casa sólo o con ayuda ocasional. <input type="checkbox"/> Realiza tareas domésticas ligeras como fregar platos o hacer camas. <input type="checkbox"/> Realiza tareas domésticas pero no con un nivel de limpieza aceptable. <input type="checkbox"/> Necesita ayuda en todas las tareas de la casa. <input type="checkbox"/> No participa en ninguna tarea doméstica.	
<u>IR DE COMPRAS:</u> <input type="checkbox"/> Realiza todas las compras con independencia. <input type="checkbox"/> Compra con independencia pequeñas cosas. <input type="checkbox"/> Necesita compañía para comprar cualquier cosa. <input type="checkbox"/> Completamente incapaz de ir de compras.	<u>MEDIO DE TRANSPORTE:</u> <input type="checkbox"/> Viaja con independencia en transporte público o conduce su coche. <input type="checkbox"/> Capaz de organizar su transporte en taxi. No usa otro transporte. <input type="checkbox"/> Viaja en transportes públicos si le acompaña otra persona. <input type="checkbox"/> Sólo viaja en taxi o automovil con ayuda de otros. <input type="checkbox"/> No viaja en absoluto.	
<u>PREPARACIÓN DE LA COMIDA:</u> <input type="checkbox"/> Planea, prepara y sirve las comidas adecuadas con independencia. <input type="checkbox"/> Prepara la comida adecuada si le dan los ingredientes. <input type="checkbox"/> Calienta, sirve y prepara la comida, pero no mantiene dieta adecuada. <input type="checkbox"/> Necesita que se le prepare y sirva la comida.	<u>RESPONSABILIDAD SOBRE MEDICACIÓN:</u> <input type="checkbox"/> Es responsable, la usa a dosis correctas y a las horas señaladas. <input type="checkbox"/> La toma de forma responsable, si se le prepara con antelación en dosis separadas. <input type="checkbox"/> No es capaz de responsabilizarse de su propia medicación.	
<u>LAVADO DE ROPA:</u> <input type="checkbox"/> Realiza completamente el lavado de su ropa. <input type="checkbox"/> Lava ropa pequeña. <input type="checkbox"/> Necesita que otro se ocupe del lavado.	<u>CAPACIDAD PARA USAR EL DINERO:</u> <input type="checkbox"/> Maneja sus asuntos financieros con independencia <input type="checkbox"/> Maneja los gastos cotidianos, pero requiere ayuda para el resto. <input type="checkbox"/> Incapaz de manejar dinero.	
Observaciones:		
RESULTADO TEST:		
Firmado por el profesional		

Nº 5: ESCALA DE VALORACIÓN COGNITIVA DE LOBO

SED CAMPO DE CRIPTANA

C/ ESPADA, 4
13610 CAMPO DE CRIPTANA (C. REAL)
Telf: 926562410 Fax: 926562410
E-Mail: cdcriptana.personalia@fundaciononce.es

Fecha Test: miércoles, 26 noviembre, 2014

Fecha de impresión:
lunes, 5 enero, 2015

2014

TEST ESCALA COGNITIVA - LOBO

Datos Residente:

Código: 009/10

Nombre:

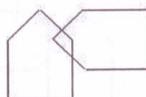
Edad: 76

Nº Seg. Social:

Nº S.I.P.:

76

		ORIENTACIÓN:
(De 0 a 5)	5	Dígame el (día), (fecha), (mes), (estación) y (año).
(De 0 a 5)	5	Dígame la (residencia), (habitación), (ciudad), (provincia) y (país). No se permite decir la Comunidad Autónoma en el apartado de País.
		FIJACIÓN:
(De 0 a 3)	3	Repita estas tres palabras: Peseta. Caballo, Manzana. (Repítalas hasta que las aprenda)
		CONCENTRACIÓN Y CALCULO:
(De 0 a 5)	2	Si tiene 30 pesetas y me va dando de 3 en 3. ¿Cuántas le van quedando?.
(De 0 a 3)	3	Repita estos números: 5-9-2. (Hasta que los aprenda). Después hacia atrás.
		MEMORIA:
(De 0 a 3)	0	¿ Recuerda las tres palabras que ha dicho antes ?.
		LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN:
(De 0 a 2)	2	Mostrar un BOLIGRAFO. ¿Qué es esto?. Repetirlo con un RELOJ.
(De 0 a 1)	1	Repita esta frase: EN UN TRIGAL HABIA CINCO PERROS.
(De 0 a 2)	2	Una Manzana y una Pera son frutas. ¿Verdad?. ¿Qué son el Rojo y el Verde?. ¿Qué son el Perro y el Gato?.
(De 0 a 3)	3	Coja un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo encima de la mesas.
(De 0 a 1)	0	Lea esto y haga lo que dice. CIERRE LOS OJOS.
(De 0 a 1)	0	Escriba una frase. Debe ser escrita espontáneamente. Ha de tener sujeto, verbo y tener sentido. No se considera correcto que aparezca su nombre.
(De 0 a 1)	1	Copie el dibujo inferior. No valorar temblor ni rotación. Los 10 ángulos deben estar representados, y los dos pentágonos deben hacer intersección para puntuar un punto.

**Observaciones:**

No sabe leer ni escribir.

RESULTADO TEST: 27 BORDERLINE

Firmado por el profesional

Nº 6: ESCALA DE VALORACIÓN COGNITIVA DE PFEIFFER**SED CAMPO DE CRIPTANA**

C/ ESPADA, 4
13610 CAMPO DE CRIPTANA (C. REAL)
Telf: 926562410 Fax: 926562410
E-Mail: cdcryptana.personalia@fundaciononce.es

Fecha Test: miércoles, 26 noviembre, 2014

Fecha de impresión:
lunes, 5 enero, 2015**TEST ESCALA COGNITIVA - PFEIFFER****Datos Residente:**

Código: 009/10

Nombre:]

Edad: 76

Nº Seg. Social:

Nº S.I.P.:

(De 0 a 1)	1	¿ Qué día es hoy ?. (Día, mes y año).
(De 0 a 1)	1	¿ Qué día de la semana es hoy ?.
(De 0 a 1)	1	¿ Cómo se llama este lugar o edificio ?.
(De 0 a 1)	1	¿Cuál es su número de teléfono ?. (Si no tiene teléfono, preguntar la dirección).
(De 0 a 1)	1	¿ Cuantos años tiene ?.
(De 0 a 1)	0	¿ En qué fecha nació usted ?.
(De 0 a 1)	1	¿ Quién es el actual Presidente del Gobierno ?.
(De 0 a 1)	0	¿ Quién fue el Presidente anterior ?.
(De 0 a 1)	1	¿Cuál es el nombre completo de su madre ?.
(De 0 a 1)	0	Si a 20 le restamos 3 ¿ quedan ?. Restar de 3 en 3 a partir de 20.

Estudios del Residente:

*El residente posee un bajo nivel educativo.***Observaciones:**

RESULTADO TEST: ERRORES: 2 ACIERTOS: 8 NORMAL

Firmado por el profesional

Nº 7: ESCALA DE VALORACIÓN FÍSICA DE TINETTI

SED CAMPO DE CRIPTANA
 C/ ESPADA, 4
 13610 CAMPO DE CRIPTANA (C. REAL)
 Telf: 926562410 Fax: 926562410
 E-Mail: cdcriptana.personalia@fundaciononce.es

Fecha de impresión: miércoles, 24 junio, 2015

TEST ESCALA TINETTI (EQUILIBRIO Y MARCHA) (Continuación)

Datos Residente:		
<u>Código:</u>	<u>Nombre:</u>	<u>Edad:</u>
<u>Nº Seg. Social:</u>	<u>Nº S.I.P.:</u>	

EVALUACIÓN DE LA MARCHA:

Instrucciones: El residente permanece de pie con el examinador; camina por el pasillo o por la habitación (unos 8 metros) a "paso normal", luego regresa a "paso rápido pero seguro".

INICIACIÓN DE LA MARCHA (inmediatamente después de decir que ande).

- Algunas vacilaciones o múltiples intentos para emprezar
- No vacila

LONGITUD Y ALTURA DE PASO (movimiento del pie izquierdo)

- No sobrepasa el pie derecho con el paso
- Sobrepasa al pie derecho
- El pie izquierdo no se separa completamente del suelo con el paso
- El pie izquierdo se separa completamente del suelo

FLUIDEZ DEL PASO

- Paradas entre los pasos
- Los pasos parecen continuos

TRONCO

- Balanceo marcado o usa ayudas
- No balancea, pero flexiona las rodillas o la espalda o separa los brazos al caminar
- No se balancea, no flexiona, no usa los brazos ni otras ayudas

Observaciones:

LONGITUD Y ALTURA DE PASO (movimiento del pie derecho)

- No sobrepasa el pie izquierdo con el paso
- Sobrepasa al pie izquierdo
- El pie derecho no se separa completamente del suelo con el paso
- El pie derecho se separa completamente del suelo

SIMETRÍA DEL PASO

- La longitud de los pasos con los pies izquierdo y derecho no es igual
- La longitud parece igual

TRAYECTORIA (observar el trazado que realiza uno de los pies durante unos 3 metros)

- Desviación grave de la trayectoria
- Leve/moderada desviación o usa ayudas para mantener la trayectoria
- Sin desviación o ayudas

POSTURA AL CAMINAR

- Talones separados
- Talones casi juntos al caminar

<u>PUNTUACIÓN EQUILIBRIO:</u>	<u>PUNTUACIÓN TOTAL:</u>
<u>PUNTUACIÓN MARCHA:</u>	<u>VALORACIÓN:</u>

Firmado por el profesional

Nº 8: ESCALA DE VALORACIÓN FÍSICA UP & GO

CAMPO DE CRIPTANA ESPADA, 4 13610 CAMPO DE CRIPTANA (C. REAL) Telf: 926562410 Fax: 926562410 E-Mail: cdcriptana.personalia@fundaciononce.es		Fecha de impresión: miércoles, 24 junio, 2015
TEST ESCALA "UP & GO"		
Datos Residente:		
Código:	Nombre:	Edad:
Nº Seg. Social:	Nº S.I.P.:	
Instrucciones: Sentado en una silla, el anciano debe levantarse, permanecer momentáneamente de pie, caminar hacia una pared situada a 3 metros, darse la vuelta sin tocar la pared, volver hacia la silla, dar una vuelta alrededor de ésta y sentarse de nuevo. En caso de que utilice alguna ayuda para caminar, debe hacer la prueba con ella:		
Puntuación		
<input type="checkbox"/>	Marcha normal	
<input type="checkbox"/>	Muy poco alterada	
<input type="checkbox"/>	Medianamente alterada	
<input type="checkbox"/>	Moderadamente alterada	
<input type="checkbox"/>	Severamente alterada	
Observaciones:		
RESULTADO TEST:		
Firmado por el profesional		

Nº 9: ESCALA DE VALORACIÓN DE LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN**SED CAMPO DE CRIPTANA**

C/ ESPADA, 4
13610 CAMPO DE CRIPTANA (C. REAL)
Telf: 926562410 Fax: 926562410
E-Mail: cdcriptana.personalia@fundaciononce.es

Fecha de impresión:
miércoles, 24 junio, 2015

TEST ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN HOSPITAL (HAD)**Datos Residente:**Código:Nombre:Edad:Nº Seg. Social:Nº S.I.P.:**1. Me siento tenso o nervioso. (A)**

- Todos los días.
- Muchas veces.
- A veces.
- Nunca.

2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba. (D)

- Como siempre.
- No lo bastante.
- Sólo un poco.
- Nada.

3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder. (A)

- Definitivamente, y es muy fuerte.
- Sí, pero no es muy fuerte.
- Un poco, pero no me preocupa.
- Nada.

4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas. (D)

- Al igual que siempre lo hice.
- No tanto ahora.
- Casi nunca.
- Nunca.

SED CAMPO DE CRIPTANA

C/ ESPADA, 4
13610 CAMPO DE CRIPTANA (C. REAL)
Telf: 926562410 Fax: 926562410
E-Mail: cdcriptana.personalia@fundaciononce.es

Fecha de impresión:
miércoles, 24 junio, 2015

TEST ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN HOSPITAL (HAD)**Datos Residente:**

Código: Nombre: Edad:
Nº Seg. Social: Nº S.I.P.:

5. Tengo mi mente llena de preocupaciones. (A)

- La mayoría de las veces.
 Con bastante frecuencia.
 A veces. Aunque no muy a menudo.
 Sólo en ocasiones.

6. Me siento alegre. (D)

- Nunca.
 No muy a menudo
 A veces.
 Casi siempre.

7. Puedo estar sentado tranquilamente y sentirme relajado.(A)

- Siempre.
 Por lo general.
 No muy a menudo.
 Nunca.

8. Me siento como si cada día estuviera más lento. (D)

- Por lo general en todo momento.
 No muy a menudo.
 A veces.
 Nunca.

SED CAMPO DE CRIPTANA

C/ ESPADA, 4
13610 CAMPO DE CRIPTANA (C. REAL)
Telf: 926562410 Fax: 926562410
E-Mail: cdcriptana.personalia@fundaciononce.es

Fecha de impresión:
miércoles, 24 junio, 2015

TEST ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN HOSPITAL (HAD)**Datos Residente:**

Código: _____ Nombre: _____ Edad: _____
Nº Seg. Social: _____ Nº S.I.P.: _____

9. Tengo una sensación extraña, como de "nervios" en el estómago. (A)

- Nunca.
- En ciertas ocasiones.
- Con bastante frecuencia.
- Muy a menudo.

10. He perdido interés por mi aspecto personal. (D)

- Totalmente.
- No me preocupo tanto como debiera.
- Podría tener un poco más de cuidado.
- Me preocupa al igual que siempre.

11. Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme.(A)

- Mucho.
- Bastante.
- No mucho.
- Nada.

12. Me siento optimista respecto al futuro.(D)

- Igual que siempre.
- Menos de lo que acostumbraba.
- Mucho menos de lo que acostumbraba.
- Nada.

SED CAMPO DE CRIPTANA

C/ ESPADA, 4
13610 CAMPO DE CRIPTANA (C. REAL)
Telf: 926562410 Fax: 926562410
E-Mail: cdcriptana.personalia@fundaciononce.es

Fecha de impresión:
miércoles, 24 junio, 2015

TEST ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN HOSPITAL (HAD)**Datos Residente:**Código:Nombre:Edad:Nº Seg. Social:Nº S.I.P.:**13. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico.(A)**

Muy frecuentemente.

Bastante a menudo.

No muy a menudo

Nada.

14. Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de televisión.(D)

A menudo.

A veces.

No muy a menudo

Rara vez.

Observaciones:

RESULTADO TEST ANSIEDAD:

RESULTADO TEST DEPRESIÓN:

Firmado por el profesional

Nº 10: ESCALA DE VALORACIÓN A VARIOS NIVELES DE HAMILTON**FUNDACIÓN CAMPO DE CRIPTANA**

C/ ESPADA, 4
13610 CAMPO DE CRIPTANA (C. REAL)
Telf: 926562410 Fax: 926562410
E-Mail: cdcriptana.personalia@fundaciononce.es

Fecha de impresión:
miércoles, 24 junio, 2015

TEST ESCALA HAMILTON**Datos Residente:**Código:Nombre:Edad:Nº Seg. Social:Nº S.I.P.:

- (De 1 a 5) 1. ANSIEDAD: Preocupaciones, temores, aprensión, irritabilidad.
- (De 1 a 5) 2. TENSIÓN: Sensación de tensión, fatiga, incapacidad para relejarse, tendencia a sobresaltarse, propensión al lloro, trémulo, tembloroso, inquieto.
- (De 1 a 5) 3. TEMORES: A la oscuridad, a desconocidos, a la soledad, a animales grandes, etc..
- (De 1 a 5) 4. TRASTORNOS DEL SUEÑO: Dificultades para conciliar el sueño, interrupción del sueño, sueño insatisfactorio, cansancio al despertar, ensueños, pesadillas, terrores nocturnos.
- (De 1 a 5) 5. TRASTORNOS INTELECTIVOS: Dificultad de concentración, debilidad de la memoria.
- (De 1 a 5) 6. DEPRESIÓN: Falta de interés, insatisfacción en las diversiones, deprimido, despertar prematuro, humor diurno oscilante.
- (De 1 a 5) 7. SÍNTOMAS SOMÁTICOS GENERALES (MUSCULARES): Dolores, rigidez y sacudidas musculares, convulsiones crónicas, crujir de dientes, voz vacilante.
- (De 1 a 5) 8. SÍNTOMAS SOMÁTICOS GENERALES (SENSORIALES): Acúfenos, visión borrosa, oleadas de calor y frío, sensación de debilidad, hormigueos.
- (De 1 a 5) 9. SÍNTOMAS CARDIOVASCULARES: Taquicardia, palpitaciones, dolores torácicos, latidos vasculares, sensación de desmayo, sensación de paro cardíaco.
- (De 1 a 5) 10. SÍNTOMAS RESPIRATORIOS: Opresión o constrictión torácica, sensación de ahogo, suspiros, disnea.
- (De 1 a 5) 11. SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES: Dificultades para tragar, ventosidades, dispepsia, borborismos, movimientos intestinales, diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.
- (De 1 a 5) 12. SÍNTOMAS GENITOURINARIOS: Micción frecuente, micción imperiosa, amenorrea, menorragias, frígidez, eyaculación precoz, trastornos de la erección, impotencia.
- (De 1 a 5) 13. SÍNTOMAS VEGETATIVOS: Sequedad de boca, tendencia a ruborizarse, palidez, propensión a sudar, vértigos, cefalea tensional, piloerección.
- (De 1 a 5) 14. COMPORTAMIENTO EN LA ENTREVISTA: Rígido, no relajado, inquieto y desasosegado, manos temblorosas, cejas fruncidas, farsa rígida y pálida, traga saliva ostensiblemente, eructos, sudoración, tics en los párpados.

Observaciones:

RESULTADO TEST:

Firmado por el profesional

Nº 11: CUESTIONARIO VALORATIVO DE LA SALUD Y CALIDAD DE VIDA (EUROQOL)

Cuestionario de Salud EuroQol-5D

Marque con una cruz la respuesta de cada apartado que mejor describa su estado de salud en el día de HOY. No marquen más de una casilla de cada grupo		
Movilidad	No tengo problemas para caminar Tengo algunos problemas para caminar Tengo que estar en la cama	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Cuidado Personal	No tengo problemas con el cuidado personal Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme Soy incapaz de lavarme o vestirme	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Actividades Cotidianas (e). trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o actividades durante el tiempo libre)	No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Dolor/Malestar	No tengo dolor ni malestar Tengo dolor moderado o malestar Tengo mucho dolor o malestar	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Ansiedad/Depresión	No estoy ansioso ni deprimido Estoy moderadamente ansioso o deprimido Estoy muy ansioso o deprimido	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>

Nos gustaría que nos indicara en esta escala, en su opinión, lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de hoy. Por favor, dibuje una línea desde el casillero abajo hasta el punto que en su opinión indique lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de hoy.

**Su estado
de salud
hoy**

Mejor estado
de salud
imaginable



Peor estado
de salud
imaginable

Nº 12: EJEMPLO DE REGISTRO DE OBSERVACIÓN

Nombre y Apellidos del usuario/a:

Fecha:

Nivel físico	Siempre	A veces	Nunca
Realiza las actividades como se plantean			
Mueve las partes del cuerpo tal como se les aconseja			
Intenta movilizarse para acariciar al perro			
Pone excusas para no realizar algún movimiento			
La coordinación de movimientos es aceptable			
Se siente seguro en las movilizaciones			
Necesita ayuda/apoyo para moverse durante las sesiones			
Tras las sesiones, en la sobremesa, es capaz de conciliar pronto el sueño			
Se acuerda del dolor en alguna parte del cuerpo durante las sesiones			
Nivel cognitivo			
Está orientado durante las sesiones			
Se nota alterado o nervioso sin poder concentrarse			
Comprende y realiza correctamente las actividades			
Se despista con facilidad			
Coge correctamente los materiales que se ofrecen			
Conoce la utilidad de las actividades			
Realiza las actividades sin ayuda			
Trabaja adecuadamente la memoria			
Tiene capacidad de resolución de problemas			
Realiza correctamente las actividades que refuerzan las ABVD			
Nivel social y emocional			
Se muestra triste			
Participa en todas las actividades con agrado			
Se relaciona con todos los compañeros			
Trata al animal correctamente			
Se muestra satisfecho con la actividad			
Se nota satisfecho consigo mismo			
Presenta síntomas de ansiedad			
Tiene problemas de comportamiento en las sesiones			
Hace comentarios, durante la sesión, sobre su falta de capacidades			

