

**Universidad de Zaragoza
Facultad de Ciencias de la Salud**

Grado en Terapia Ocupacional

Curso Académico 2015/ 2016

TRABAJO FIN DE GRADO

**PROGRAMA DE INTERVENCIÓN DESDE TERAPIA OCUPACIONAL
Y TERAPIA ASISTIDA POR PERROS EN NIÑOS CON TRASTORNO
DEL ESPECTRO AUTISTA**

**INTERVENTION PROGRAMME THROUGH OCCUPATIONAL
THERAPY AND DOG ASSISTED THERAPY FOR CHILDREN WITH
AUTISM SPECTRUM DISORDER**

Autor/a: Beatriz Lilao Beltrán.

Tutor/a: Manuel Bueno Lozano.

RESUMEN

Los niños con trastorno del espectro autista tienen problemas relacionados con las distintas áreas ocupacionales, como las actividades básicas de la vida diaria, participación social, descanso y sueño, juego y ocio o tiempo libre. Todas estas repercusiones dependen del grado de intensidad del trastorno y varían de un individuo a otro, por lo que cada persona presenta un cuadro en concreto.

Con toda la información recabada y consultada se observa que este colectivo presenta una notable repercusión en el desempeño del área de ocupación de participación social; se muestran dificultades en la comunicación verbal y no verbal, en la expresión y exteriorización de emociones y sentimientos, en establecer relaciones sociales con la familia y su entorno, así como conseguir una relación con el mundo que lo rodea. Todo esto genera estrés, ansiedad, movimientos estereotipados y repetitivos, incapacidad de autoreconocimiento, falta de autoestima y de empatía.

Se pretende conseguir una mejora en todos estos aspectos y obtener un enriquecimiento de su calidad de vida. La terapia ocupacional ayudará al niño en su proceso de desarrollo y aprendizaje, para ello se utilizará el juego como principal vía de actuación, mediante el cual conseguiremos una participación social favorable. Con la complementación de la terapia asistida con perros facilitaremos el cambio y la adquisición de nuevas conductas, ya que el perro constituiría una figura de confianza y comunicación, siendo una relación más sencilla y abierta; esto le ayudará al niño a relacionarse con su entorno y conseguir una mayor autoestima.

Palabras clave: Terapia Ocupacional, Trastorno del Espectro Autista, Autismo, Terapia Asistida con/por Animales, Terapia Asistida con/por Perros, MOHO.

ABSTRACT

Children with autism spectrum disorder face problems related with the different occupational areas, such as basic daily activities, social participation, rest and sleep, play and leisure or free time. All repercussions depend on the intensity of the disorder and vary from one individual to the next, so each person presents a picture specific to themselves.

With all the collected and consulted information, it can be noted that this group shows a notable repercussion in their performance of the occupational area of social participation; they face difficulties in verbal and non-verbal communication, in expression and externalisation of emotions and feelings, in establishing social relationships with their families and environment, as well as managing to connect with the world around them. All this causes stress, anxiety, stereotyped and repetitive movements, inability to identify oneself, and lack of self-esteem and of empathy.

The aim is to improve all these aspects and thus also their quality of life. The occupational therapy will help the child in their development and learning process, by means of a game as the main course of action, through which we will achieve a positive social participation. The dog assisted therapy will enable for changes and the acquisition of new behaviours, as the dog would represent a figure of confidence and communication, making for a simpler and more open relationship, which will help the child to connect with their environment and to reinforce their self-esteem.

Keywords: Occupational therapy, Autism spectrum disorder, Autism, Animal assisted therapy, Dog assisted therapy, MOHO.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	4
OBJETIVOS.....	11
METODOLOGÍA Y ESTRATEGIAS.....	12
DESARROLLO I	15
MOSTRAR LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN A LA POBLACIÓN	
OBJETO DEL PROGRAMA	15
ENUMERAR LAS ACCIONES/ACTUACIONES DEL PROGRAMA.....	16
DEFINICIÓN DE RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES NECESARIOS	23
DESARROLLO II.....	25
EVALUACIÓN DEL PROCESO	25
EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS	27
EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN.....	29
CONCLUSIONES	29
BIBLIOGRAFÍA	30
ANEXOS.....	34
ANEXO I: CARS (CHILDHOOD AUTISM RATING SCALE): ESCALA DE CALIFICACIÓN DEL AUTISMO INFANTIL	34
ANEXO II: EVALUACIÓN DE LAS HABILIDADES DE COMUNICACIÓN E INTERACCIÓN ACIS.....	36
ANEXO III: ESCALA DE OBSERVACIÓN DE LA COMUNICACIÓN EN EDUCACIÓN INFANTIL.....	37
ANEXO IV: ESCALA DE MADUREZ SOCIAL DE VINELAND	41
ANEXO V: ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL CENTRO DE TERAPIA OCUPACIONAL	44
ANEXO VI: ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL CENTRO DE TAP.....	45

INTRODUCCIÓN

JUSTIFICACIÓN DEL PROGRAMA

El **Trastorno del Espectro Autista** (en adelante TEA), es un trastorno complejo del desarrollo que se define desde un punto de vista conductual. Las manifestaciones conductuales que caracterizan al autismo incluyen deficiencias cualitativas en el plano de la interacción social y la comunicación, así como patrones de conducta, actividades e intereses restringidos, repetitivos y estereotipados. (1, 2)

Los TEA se definen como una disfunción neurológica crónica que aparece en los primeros tres años de vida y afecta al desarrollo cerebral normal de las habilidades sociales y de comunicación.

El TEA está asociado a factores genéticos, a la presencia de epilepsia, a alteraciones neuroquímicas, a alteraciones de la función inmune y a factores ambientales; sin embargo no existen causas exactas que desemboquen a este trastorno. (3)

El autismo es un trastorno descrito como tal hace 60 años, fue por primera vez Eugen Bleuler, en 1911, quien introdujo el término autismo y autista (proveniente del griego que significa "sí mismo"). Más tarde Leo Kanner y Hans Asperger, en 1943, describen unos cuadros clínicos pasando a considerarlos trastornos graves de la infancia. "Leo Kanner describió el "autismo infantil precoz" basándose en el análisis de once casos observados en niños pequeños, esencialmente varones, un cuadro clínico caracterizado por la extrema precocidad de su aparición puesto que se manifiesta desde el primer año de vida; una sintomatología marcada por la inmovilidad del comportamiento, la soledad y un retraso importante o una ausencia de la adquisición del lenguaje verbal; sus publicaciones cobran gran interés en la época y realiza múltiples artículos desde Autistic Disturbance of Affective Contact, hasta Early Infantile Autism". (4, 5)

Es Kanner quien agrupa unas características comunes, las cuales son: las alteraciones cualitativas en la interacción social y en la comunicación, y la existencia de patrones restringidos de comportamiento, intereses y actividades.

Lorna Wing describe una serie de síntomas basados en una tríada de trastornos (tríada de Wing): las deficiencias en la interacción social, comunicación e imaginación. (6)

Entre los años 60 y los 80 las deficiencias en el lenguaje, la interacción social, la comunicación, etc. son consideradas como alteraciones cognitivas y la investigación comienza a ocuparse del desarrollo de métodos para la educación y la enseñanza de estas personas. En los últimos años, la nueva perspectiva se refiere al autismo como uno de los Trastornos Generalizados del Desarrollo (en adelante TGD) y surge el término TEA que hace referencia a la diversidad del colectivo, a la consideración de un continuo en el que varían las manifestaciones y la intensidad de los trastornos de diferentes capacidades como la comunicación, la interacción social y la imaginación. La asignación de este término nos facilita comprender que el autismo, como trastorno que es, afecta a una serie de capacidades pero con diferente grado de intensidad de un individuo a otro, debido a esto no se puede considerar el autismo como un patrón único y estereotipado para todas las personas que lo presentan. (4)

Por todo esto se puede concluir que el TEA vino a sustituir a los TGD, como el autismo, Asperger, Rett, trastornos desintegrativos infantiles, etc. Lo que vino a ocupar el sitio de todo trastorno generalizado no específico en la infancia. Por ello es fundamental un diagnóstico claro y conciso, siendo imprescindible la no etiquetación de este colectivo ya que esto puede tener múltiples repercusiones en la vida de la persona, así como en la estructura familiar. (7)

Al ser una patología crónica no se trata de un problema puntual sino que constituye algo más global y complejo. Cabe destacar que un diagnóstico claro de autismo es difícil de realizar, sobre todo en edades tempranas, debido a las diferencias interindividuales existentes; como la gravedad y forma de aparición, entre la población afectada, relación de síntomas con otras psicopatologías de inicio infantil y, sobre todo, porque los síntomas característicos del autismo tardan en aparecer. Esta variabilidad en la expresión clínica no sólo se observa de un individuo a otro, sino que además, a lo largo del ciclo vital de una misma persona, también se

producen cambios significativos en la intensidad y manifestación de las características que definen y acompañan el cuadro. (8, 9)

En este momento no existe cura para el TEA. La intervención temprana, apropiada e intensiva mejora en gran medida el pronóstico de la mayoría de los niños con TEA.

Este trastorno puede ser abordado desde múltiples enfoques y técnicas de intervención. El abordaje de tratamiento puede utilizar una combinación de técnicas, en este caso se utilizará la combinación de la terapia ocupacional (en adelante TO) y la terapia asistida con animales (en adelante TAA), siendo esta última una terapia complementaria.

JUSTIFICACIÓN DESDE TERAPIA OCUPACIONAL Y TERAPIA ASISTIDA POR ANIMALES

Los niños que presentan TEA muestran limitaciones en algunas áreas de ocupación, con lo expuesto anteriormente se observará que una de las áreas ocupacionales más afectada es la participación social. No obstante, en menor o mayor medida, también se afectan otras áreas ocupacionales como el área de descanso y sueño, juego y ocio o tiempo libre. Por ello la intervención se centrará exclusivamente en la mejora del área de participación social.

Desde TO resultaría tanto fundamental como beneficiosa realizar una intervención con esta población en concreto. La TO para alcanzar sus objetivos utiliza actividades propositivas y encaminadas hacia un fin en concreto, de esta manera puede ser más atractiva la intervención para el niño y, como consecuente, más eficaz.

El área ocupacional afectada se trabajará a través del juego, el cual constituye el área de ocupación principal de los niños y mediante el cual se lograrán los objetivos propuestos. Cabe destacar que los niños con este trastorno también tendrán dificultades en desempeñar un juego satisfactorio por lo que será la principal vía de actuación.

Hay evidencia de que la interacción con un perro está asociada a efectos positivos en la salud del niño, lo cual se extiende al terreno terapéutico donde la compañía del animal estimula habilidades comunicativas para conectarse con el mundo exterior y romper el aislamiento. (10)

"Históricamente, los animales han formado parte de programas terapéuticos destinados a ayudar a las personas. En Inglaterra, en el Retreat de York (fundado en 1792) se emplearon animales como terapia e intervinieron en el tratamiento de personas con epilepsia. La primera documentación sobre terapia asistida con animales de compañía fue la concerniente a la rehabilitación de aviadores del Army Air Convalescent Center, en Pawling, Nueva York (1944-1945), donde los animales se usaron para distraer a los militares que recibían intensos programas terapéuticos. En 1966, el músico invidente Erling Stördahl fundó en Noruega el Centro Beitostølen para tratar a personas ciegas y con discapacidad física; institución donde los perros y caballos intervinieron para Terapia asistida con animales como fuente de recurso en el tratamiento rehabilitador. Fue en 1953 cuando Jingles, el canino del psiquiatra Boris M. Levinson, le mostró involuntariamente a su dueño el potencial que tenía como coterapeuta y quizás desde entonces comenzó a aplicarse de manera rigurosa y científica la terapia asistida con animales. Más tarde, Samuel y Elizabeth Corson, estimulados por el trabajo del mencionado galeno, decidieron evaluar la viabilidad de ese mecanismo terapéutico en un entorno hospitalario y obtuvieron excelentes resultados". (10, 11)

La TAA es una intervención cuyo fin es promover la operatividad y/o el bienestar del individuo. La TAA es una intervención directa y con objetivos prediseñados, donde participa un animal que reúne criterios específicos, como parte indispensable del tratamiento. Ha sido ideada para propiciar beneficios físicos, sociales, emocionales y cognitivos en una gran variedad de entornos, de manera individual o grupal, valiéndose para ello de diferentes animales. Actualmente han surgido diversas actividades, que partiendo de intervenciones ocasionales, se han convertido en procedimientos soportados y sustentados por investigaciones científicas hasta obtener un reconocimiento válido por sus resultados, de modo que al compararlos con las técnicas y procedimientos tradicionales resultan más

rápidos, eficaces y aceptados. Dichas acciones se denominan terapias alternativas para la rehabilitación y suponen una importante herramienta para el terapeuta ocupacional. (11, 12)

La terapia asistida con perros (TAP) proporciona al niño con TEA un espacio que logra sacarlo de su mundo interior permitiendo que tome conciencia de su entorno. Los perros pueden facilitar la generación de vínculos, también mejoran la irritabilidad y disminuyen situaciones de comportamientos inadecuados. Los perros son un elemento fundamental en el plan de intervención porque generan interacción, mejoran la autoestima en el niño y mejoran la sensación de seguridad. El perro actúa como un facilitador social que puede mejorar la atención, la concentración, el reforzamiento lógico matemático, la organización espacial, así como la motricidad fina y gruesa del niño, el área emocional, la sensibilidad, etc. (13)

En las TAP se establece una relación directa entre las personas con TEA y los perros. Esto puede ser debido a las características propias que presenta dicho animal, como el carácter y temperamento (ante situaciones nuevas o inesperadas), la sociabilidad, el cariño, el afecto y la apariencia física.

La ventaja más obvia al trabajar con personas con TEA y perros es que la comunicación del animal es concreta, simple y monocanal. El tipo de comunicación y actitudes del perro resultan más fácilmente reconocibles para una persona con autismo, posiblemente por utilizar solo una vía principal de comunicación (la visual) y emitir señales de una forma simple. (14)

Se introducirá al animal como una herramienta complementaria al plan de intervención desde TO. El terapeuta ocupacional sería un profesional adecuado para realizar este tipo de intervenciones ya que reúne los requisitos de profesional sanitario y, a diferencia de otros, utiliza siempre una actividad propositiva para el cliente, de esta forma se llega a un fin u objetivos planteados previamente; esto se podría lograr con la utilización del perro como herramienta terapéutica para poder alcanzar dichos objetivos.

JUSTIFICACIÓN DESDE LOS MARCOS/MODELOS CONCEPTUALES

Esta intervención se basará en el Modelo de Ocupación Humana (en adelante MOHO), siendo este el referente teórico a partir del cual se sustentará el programa.

El MOHO está compuesto por tres elementos principales:

a) Ser humano: constituido a su vez por tres componentes:

- Volitivo/motivacional: encargado de elegir nuestras ocupaciones y actuar. En él influyen los componentes de autoeficacia (consideración personal), valores (convicciones sobre lo que es importante o correcto) e intereses (disposiciones personales para encontrar placer en ciertas ocupaciones).
- Habitación: organiza la conducta en rutinas y patrones de acción. Está compuesto por los hábitos (rutinas automatizadas obtenidas tras la repetición de ciertas acciones) y los roles (posición o situación en la sociedad que se corresponde con una serie de expectativas, responsabilidades y privilegios).
- Ejecución: organizador de nuestra capacidad para actuar. Proporciona habilidades (constituyentes elementales de las destrezas) y destrezas (suma de habilidades y adquiridas por aprendizaje).

b) Entorno: características particulares físicas y sociales, culturales, económicas y políticas de los contextos personales que impactan en la motivación, organización y desempeño de la ocupación.

c) Conducta ocupacional: interacción del individuo con el entorno.

El componente de volición o motivación se manifiesta a través de la vida por el proceso volitivo, en este proceso interactúan sus tres componentes y se generan las elecciones ocupacionales. El MOHO define este proceso como "los pensamientos y sentimientos volitivos que ocurren en el tiempo a medida que las personas experimentan, interpretan, anticipan y eligen las ocupaciones" Este proceso conduce a tomar decisiones a corto y largo plazo: Elecciones de Actividad y Elecciones de Ocupación.

Las elecciones de ocupación implican hacer un cambio en la Habitación reflejada en el ejercicio de los hábitos y los roles. Los Hábitos corresponden a las “tendencias adquiridas para responder y desempeñarnos en ciertas formas constantes en ambientes o situaciones familiares”. Con el tiempo, las elecciones de ocupación y su desempeño en contextos ambientales conducen por una parte, al desarrollo de Roles internalizados o “Incorporación de una posición definida social y/o personalmente y un conjunto relacionando de actitudes y comportamientos” y por otra a mejorar la Capacidad de desempeño “la Capacidad para hacer cosas provista por la condición de los componentes físicos y mentales objetivos , acompañada por la experiencia subjetiva correspondiente”, lo que retroalimenta el proceso volitivo. (15, 16, 17)

OBJETIVOS

Objetivo General:

- Adquirir, entrenar y mejorar el área de ocupación de participación social, así como conseguir una correcta socialización con el mundo que le rodea, es decir, alcanzar y adquirir las habilidades sociales y de comunicación básicas para poder interactuar de una manera exitosa con sus padres y semejantes.

Objetivos específicos:

- Mejorar y/o adquirir habilidades de comunicación verbal y no verbal.
- Establecer un correcto contacto visual.
- Conseguir comprender emociones y saber actuar en distintos entornos reales.
- Mejorar la atención.
- Despertar el interés por las relaciones con sus iguales.
- Conocer las normas sociales básicas.
- Fomentar el juego con otros niños.

METODOLOGÍA Y ESTRATEGIAS

El plan de intervención se realiza desde la perspectiva de TO y, como terapia complementaria la TAA, en concreto con perros. A partir de aquí se utilizará el MOHO como modelo teórico en la intervención.

La obtención de toda la información recabada se obtuvo de evidencias científicas relacionadas con la TO, la TAA y el MOHO. Para ello se utilizaron palabras clave como: Trastorno del Espectro Autista, Autismo, Terapia Ocupacional, Terapia Asistida con/por animales, Terapia Asistida con/por perros, MOHO.

La información se obtiene tanto de fuentes primarias como secundarias. Las *fuentes primarias* corresponden con los libros y artículos específicos de la temática, dicha información fue proporcionada por la biblioteca unizar y por adquisiciones propias. Y las *Fuentes secundarias* corresponden con las bases de datos de internet como Dialnet, Scielo, Pubmed, Fisterra, OTseeker, Alcorce (biblioteca unizar), así como de "google académico". También se utilizaron artículos pertenecientes a revistas científicas como la Revista de Terapia Ocupacional Gallega (TOG), la Revista Chilena de Terapia Ocupacional, la Revista de Neurología (elsevier), etc. También se incluyen las guías de práctica clínica, los comités y revisiones sistemáticas sobre la temática.

La intervención se realizará en la asociación Canem. Esta asociación se localiza en la calle María Moliner nº 89, en la ciudad de Zaragoza.

Para concreta la población diana se utilizará una prueba de "screening", la *escala de Autismo infantil o CARS (Childhood Autism Rating Scale)*. Una vez pasada la escala de valoración se escogerá a los niños que presenten previamente un diagnóstico claro de TEA y que su grado en la escala se encuentre entre ligero o moderado (33-36). Esta valoración será previa a la realización de las fases propias del programa, por lo que se nombrará con "Fase 0". Una vez realizada se procederá al desarrollo del programa propiamente dicho.

La población objeto del programa corresponderá a un grupo de 6 niños/as con autismo ligero o moderado. La edad corresponderá a 2 años por lo que la población se reduciría a esa etapa de vida concretamente. (18)

El programa de intervención se realizará durante 4 meses y medio, realizando 3 sesiones cada semana. Las sesiones de TO se dividirán en dos días, siendo la duración de estas de media hora; un día irá destinado a sesiones individuales (Lunes) y otro día a sesiones grupales (Miércoles). Las sesiones de TAA se realizarán en un día (Viernes) teniendo una duración de una hora. Por lo que todas las semanas tendrán dos sesiones de media hora de TO exclusivamente y otra sesión de una hora de TAA. Todas las sesiones se realizaran en horario lectivo por las tardes para no interrumpir el horario escolar. El total de sesiones será de 36 horas. En este periodo de tiempo se realizará la evaluación de los niños, la intervención, la reevaluación y el seguimiento posterior o continuidad.

El programa de intervención lo dividiremos en cuatro fases, en cada una de ellas se establecerán unos objetivos específicos para cumplimentar de manera óptima el programa. (Tabla 1).

TABLA 1

Fases	objetivos	Descripción	Duración
Fase 0: Prueba de “screening”	Delimitar y concluir a la población diana, se concreta a personas idóneas para desempeñar el programa Observar los problemas en el área de participación social	Mediante la utilización de la escala de Autismo infantil o CARS (Childhood Autism RatingScale) concretaremos la población diana. Además obtendremos información sobre las dificultades en las habilidades sociales. (18) (Anexo I)	1 semana previa al comienzo del programa

Fase 1: Evaluación	Conocer las limitaciones de los niños en la participación social	Mediante la utilización de la evaluación de las habilidades de comunicación e interacción (ACIS) , la escala de observación de la comunicación en educación infantil y la escala de madurez social de Vineland observaremos la problemática de cada niño y establecemos objetivos. (19, 20, 21) (Anexo II, II, IV)	2 semanas
Fase 2: Intervención	Adquirir, entrenar y mejorar el área de ocupación de participación social, así como conseguir una correcta socialización con el mundo que le rodea (en distintos entornos y con distintas personas); es decir un correcto desempeño de las habilidades sociales.	Mediante las técnicas propias de TO y TAA conseguiremos una mejora en la utilización de las habilidades sociales de los niños.	3 meses
Fase 3: Reevaluación	Reevaluar las dificultades observadas al principio para comprobar si existe evolución y mejora. Demostrar la efectividad del programa.	Volveremos a evaluar a todos los niños con la misma escala que en la evaluación. De esta manera observaremos si se han cumplido los objetivos propuestos.	2 semanas

Fase 4: Seguimiento posterior o continuidad	<p>Se continuará el contacto con los padres o familiares, para comentar la evolución y los cambios del niño.</p>	<p>Mantener el contacto con las familias, ofreciéndoles la posibilidad de continuar con las sesiones de TO y/o TAA. En el caso de que no continúen mantener el contacto físico y/o telefónico para conocer las evoluciones y cambios del niño y para resolver cualquier duda a los familiares. Proporcionar un cuestionario de satisfacción a las familias.</p>	2 semanas
--	--	---	-----------

DESARROLLO I

MOSTRAR LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN A LA POBLACIÓN OBJETO DEL PROGRAMA

El programa se basa en el MOHO como modelo conceptual para la práctica de TO. Dentro del MOHO, los seres humanos son formados por tres componentes interrelacionados, la capacidad de desempeño, volición y habituación; estos tres interactúan con los factores ambientales. (19)

Las escalas estandarizadas que se van a llevar a cabo a la población objeto del programa, evalúan únicamente aspectos de las capacidades de desempeño, en concreto del área de ocupación de participación social, sin adentrarnos en las áreas de volición y habituación, que se trabajarán de manera indirecta, creando una correcta autoeficacia, valores e intereses y unas rutinas y patrones de acción propios de los niños de 2 años. El subsistema de ejecución o capacidades de desempeño se centra en las habilidades perceptivo-motrices, cognitivas o de procesamiento, e interactivas y de comunicación. (19) Tras la fase de evaluación inicial, los participantes en el programa presentarán diversas dificultades, dependiendo de cada uno y del grado de autismo (ligero o moderado, 33-36), pero teniendo en común la habilidad de participación social afectada.

ENUMERAR LAS ACCIONES/ACTUACIONES DEL PROGRAMA

Fase 0: Prueba de "screening"

Objetivos	Acciones desde TO	Acciones desde TAA
Delimitar y concluir a la población diana, se concreta a personas idóneas para desempeñar el programa Observar los problemas en el área de participación social.	El criterio de selección que se va a utilizar para concluir la población diana es la utilización de una escala de "screening". La escala de Autismo infantil o CARS (Childhood Autism Rating Scale) es una escala de valoración de conducta de 15 ítems referentes a cada uno de los ámbitos conductuales propios de la patología autista, tales como trastornos en las relaciones interpersonales, imitación, afecto inapropiado, resistencia al cambio, etc. Está diseñada para identificar niños con autismo, y para distinguirlos de los niños con discapacidad intelectual sin síndrome de autismo, este criterio no resultará relevante ya que la población a la que irá destinado el programa presentan un claro diagnóstico de TEA. Además distingue desde niños con autismo medio-moderado hasta niños con un autismo profundo, criterio que será de gran utilidad para concretar y delimitar la población diana. (18)	

Fase 1: Evaluación

Objetivos	Acciones desde TO	Acciones desde TAA
Conocer las limitaciones de los niños en la participación social.	Mediante la utilización de escalas estandarizadas plantearemos objetivos: <ul style="list-style-type: none"> “Evaluación de habilidades de comunicación e interacción” ACIS. Escala de observación de la comunicación en educación infantil. Escala de madurez social de Vineland. (19, 20, 21) 	

Fase 2: Intervención

<p>Las acciones desde TO y TAA tendrán un comienzo y un final igual para todas las sesiones, de esta manera se creará una rutina eficaz y anticipatoria para los niños, convirtiéndose el entorno cada vez más familiar para ellos.</p>	
<p>Ronda de presentación: Los niños irán diciendo su nombre en sentido de las agujas del reloj (esto puede variar), seguido al nombre contarán algún acontecimiento vivido en el día (algo nuevo que han hecho, a qué sitios han ido, con quién han estado, etc.).</p>	<p>Saludo por parte del perro: El perro recorrerá el grupo en el sentido de las agujas del reloj, efectuando un breve saludo a cada persona en el grupo. Mientras, los niños hablarán sobre el animal, de cómo se ha comportado durante el tiempo que ha pasado desde la última sesión de terapia, en el caso de que haya habido sesión anterior, u de otros temas neutrales. Pueden incluso hablar de sus mascotas y animales, que han tenido o tienen en casa.</p>
<p>Ronda de finalización: Los niños mostrarán por turnos que es lo que más les ha gustado o que les ha llamado más la atención de la sesión.</p>	<p>Despedida: Es importante despedir al perro y darle las gracias por su ayuda o participación. Se puede hacer de manera informal, pero cada participante debería despedirse, a su manera, antes de salir del aula.</p>

Objetivos	Acciones desde TO individual	Acciones desde TAA
<p>- Mejorar y/o adquirir habilidades de comunicación verbal y no verbal.</p>	<p>Utilizando el juego interactivo conseguimos que los niños se diviertan, expresara sus sentimientos, sus intereses, etc.; de esta forma se comenzó a practicar algunas de las habilidades fundamentales para el desarrollo de la comunicación, de forma que se acostumbrase a compartir intereses, a mirar, escuchar y a tomar turnos. Con esta actividad reciproca también desarrollaremos las bases del desarrollo de la empatía.</p> <p>El primer paso para realizar con éxito una intervención terapéutica es estableciendo una correcta interacción usuario-terapeuta ocupacional, esto lo conseguiremos por medio de juegos sencillos, pequeñas rutinas y gestos. Todo esto se comenzará adquiriendo con juegos muy sencillos como el cucú-tras (mejora la coordinación oculo-manual y favorece la atención compartida constituyendo las primera tomas de contacto visual), las cosquillas (es muy</p>	<p>Para trabajar el lenguaje verbal y/o motricidades se puede utilizar las tarjetas mnemotécnicas o pictogramas. Las actividades pueden ser: reconocimiento verbal de objetos, actuación según acción representada, búsqueda de objetos similares en el aula, etcétera, entre otras.</p> <p>Los pictogramas pueden ser: dibujos de las partes del cuerpo del perro; sus pertenencias (caseta, cepillo, bol, juguetes, etcétera); acciones que efectúa el perro (caminar, sentarse, tumbarse, comer, jugar, etcétera); y acciones que se puede hacer con la ayuda del perro (pasearle, cepillarle, darle de comer, jugar con pelota, etcétera.). (23)</p>

	importante establecer una rutina, con ello lograrás tras muchas repeticiones que el niño se familiarice contigo pues anticipará lo que vas a hacer), el corre, corre que te pillo (es una forma elemental de interacción; para propiciar la anticipación y la rutina, puedes empezar con "preparados, listos, ya"). (22)	
Objetivos	Acciones desde TO individual	Acciones desde TAA
- Despertar el interés por las relaciones con los adultos y sus iguales. Establecer un correcto contacto visual. Mejorar la atención.	El propósito de esta actividad es ayudar al niño/a a darse cuenta de la similitud y de la relación causal entre sus acciones y las acciones del adulto. El adulto realiza imitaciones exactas de las acciones del niño con los muñecos, de los movimientos del cuerpo y de las vocalizaciones y que deben ser efectuadas simultáneamente o tan pronto como sea posible después de las acciones del niño. Las imitaciones deben ser tan parecidas como fuera posible a la conducta del niño pero exageradas. Se debe procurar atraer la atención del niño poniendo juguetes en el campo de visión del niño. (23)	Estas actividades irán encaminadas a establecer un contacto directo con el perro, siendo este además una herramienta fundamental para despertar el interés por las relaciones sociales. Todas las sesiones de TAA comenzarán y finalizarán igual. (Tabla 2). Un ejemplo de actividad con el perro sería: Pásame el juguete: Utilizando un juguete preferido (que no sea pelota) cada niño lanzará el juguete para

		que lo retenga y lo suelte. Mientras el usuario puede ir relatando o hablando de cosas sobre el perro y sus acciones. (23)
Objetivos	Acciones desde TO individual	Acciones desde TAA
Desarrollar la comunicación de forma espontánea (gestos, mirada, o lenguaje) para pedir un objeto que desea. - Conseguir comprender emociones y saber actuar en distintos entornos reales.	El propósito de esta actividad es motivar al niño a comunicarse espontáneamente con el adulto para conseguir una meta deseada. Esto es realizado colocando objetos interesantes dentro de un recipiente que es difícil de abrir o alcanzar. El adulto espera que el niño utilice un gesto, una mirada o lenguaje para indicar lo que quiere y entonces inmediatamente satisface los deseos del niño. (22)	Pásame el juguete: Utilizando un juguete preferido (que no sea pelota) cada niño lanzará el juguete para que lo retenga y lo suelte. Mientras el usuario puede ir relatando o hablando de cosas sobre el perro y sus acciones. Juguete en mano: Algo como un peluche, un trapo o nudo para morder, un tirador de goma servirá mejor para este ejercicio. Se puede jugar 'tira y afloja' con el perro y mientras, el perro está entretenido con el juguete, el usuario hablará sobre sus experiencias. Es mejor no excitar el perro excesivamente. (23)

Objetivos	Acciones desde TO en grupo	Acciones desde TAA
<ul style="list-style-type: none"> - Conocer las normas sociales básicas. - Fomentar el juego con otros niños. 	<p>El primer paso es que los niños jueguen con los mismos materiales dobles preparados de antemano, no importa que todavía no interactúen ni hagan cosas juntos, el objetivo es que jueguen en proximidad uno del otro, se puede utilizar juguetes como el Lego, la plastilina, etc. En el segundo paso los niños utilizaran el mismo material cara a cara dirigidos por la terapeuta ocupacional, para ello, mediante el Lego por ejemplo, tendrán que construir algo juntos. Primero algo sencillo como una torre: una pieza la colocaba Diego, una pieza la colocaba el otro niño, y poco a poco fuimos complicando las construcciones. También es recomendable utilizar un modelo para que los niños lo copien. Una vez que los niños puedan compartir el material, estarán preparados para jugar juntos. Se dejaba a los niños jugar de una forma menos estructurada y con más libertades para que fueran construyendo juntos</p>	<p>Te toca, me toca: El profesional que lleva la sesión tirará el juguete a un niño, que lo cogerá entre las manos y llamará al perro. Después de jugar un poco con el perro y con este a su lado tendrá que decir una características del perro (esto puede variar, en cada sesión se pueden introducir temas distintos, al principio se hace más sencillo por ello el niño simplemente tiene que decir una características intrínseca o extrínseca del animal, posteriormente conforme se vayan adquiriendo habilidades sociales se puede hablar de cualquier otro tema). Después de su participación verbal, la persona tirará el juguete de nuevo al profesional,</p>

	<p>actividades propuestas por la terapeuta ocupacional. Con forma aumenta la interacción y el interés por el juego, se pueden introducir nuevos elementos: coches, animales, etc. (22)</p>	<p>que repetirá el ejercicio con otra persona.</p> <p>El profesional puede ser sustituido por otro niño cuando ya exista una relación recíproca entre ellos. (23)</p>
--	--	---

Fase 3: Reevaluación

Objetivos	Acciones desde TO	Acciones desde TAA
<p>Reevaluar las dificultades observadas al principio para comprobar si existe evolución y mejora.</p> <p>Demostar la efectividad del programa/ el cumplimiento de los objetivos propuestos.</p>	<p>Los niños volverán a ser evaluados con las mismas escalas estandarizadas que se han utilizado en la evaluación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Evaluación de habilidades de comunicación e interacción" ACIS.</i> • <i>Escala de observación de la comunicación en educación infantil.</i> • <i>Escala de madurez social de Vineland.</i> <p>(19, 20, 21)</p>	

Fase 4: Seguimiento posterior o continuidad

Objetivos	Acciones desde TO	Acciones desde TAA
<p>Se continuará el contacto con los padres o familiares, para comentar la evolución y los cambios del niño.</p>	<p>Mantener el contacto con las familias, ofreciéndoles la posibilidad de continuar con las sesiones de TO y/o TAA.</p> <p>En el caso de que no continúen mantener el contacto físico y/o telefónico para conocer las evoluciones y cambios del niño y para resolver cualquier duda a los familiares. Proporcionar un cuestionario de satisfacción a las familias.</p>	

DEFINICIÓN DE RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES NECESARIOS

La intervención de TAP se realizará en la asociación Canem Zaragoza. Canem es una entidad aragonesa, formada por un equipo multidisciplinar compuesto por profesionales del mundo de la salud, la educación y el adiestramiento canino, que tiene como objetivo principal mejorar la calidad de vida de los usuarios. La asociación dispone de varias salas provistas del equipamiento y herramientas adecuada. Las sesiones se llevarán a cabo en una sala amplia libre de obstáculos para el correcto desempeño de las actividades. (24)

Para el correcto desempeño de las sesiones se necesitará un técnico canino, dos terapeutas ocupacionales y un perro. Se utilizará una sala grande y rectangular, que reúna los requisitos idóneos para el desempeño óptimo de las sesiones. (25)

La intervención de TO se llevará a cabo en la Asociación Autismo Aragón. Autismo Aragón es una asociación de familiares, sin ánimo de lucro, que busca mejorar la calidad de vida de las personas con TEA.

Ambas asociaciones contarán con un espacio óptimo con características determinadas para que el niño tenga deseo de moverse y expresarse; las salas serán amplias, con espacio para el movimiento, cálido y acogedor para dar seguridad, luminosa y confortable, libre de obstáculos que impidan no estar preocupado de otra cosa que no sea la actividad y el usuario que la realiza. Así mismo, es importante que cuente con el material, herramientas y equipamiento adecuado. Ambos espacios requieren de buena iluminación, el ambiente será relajado, puede haber ruido de fondo siempre que no sea molesto, desde música, estimulación verbal de la persona que guía la actividad hasta los sonidos propios del contexto. En este recurso tendrán lugar todas las sesiones de TO incluyendo las evaluaciones y el plan de intervención. (26)

Para desempeñar de manera óptima el programa contaremos con un equipo interdisciplinar y con unos materiales concretos. (Tabla 2 y tabla 3)

TABLA 2

Intervenciones desde TO	Intervenciones desde TAP
-2 Terapeutas Ocupacionales	
	-1 Técnico canino
	-1 perro

TABLA 3

Materiales necesarios	
Acciones desde TO	Acciones desde TAA
<ul style="list-style-type: none"> - Juguetes de empujar que hacen ruido y representan objetos animados (perros, ovejas). - Instrumentos musicales (tambor, pandereta, xilófono, maracas). <ul style="list-style-type: none"> - Borlas (pompón). - Sonajeros. - Juguetes con pito. - Pompas de jabón <ul style="list-style-type: none"> - Molinillos - Globos - Una pizarra de plástico transparente que permita al niño y al adulto pintar en ambos lados de la pizarra, facilitando por lo tanto el contacto ocular mientras pintan. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pelotas - Una caja de bloques - Un tren en unos raíles entre el adulto y el niño - Muñecos

DESARROLLO II

EVALUACIÓN DEL PROCESO

ESCALA	DESCRIPCIÓN
<i>Escala de Autismo infantil o CARS (Childhood Autism Rating Scale)</i>	Es una escala de valoración de conducta de 15 ítems referentes a cada uno de los ámbitos conductuales propios de la patología autista, tales como trastornos en las relaciones interpersonales, imitación, afecto inapropiado, resistencia al cambio, etc. Está diseñada para identificar niños con autismo, y para distinguirlos de los niños con discapacidad intelectual sin síndrome de autismo, este criterio no resultará relevante ya que la población a la que irá destinado el programa presentan un claro diagnóstico de TEA. Además distingue desde niños con autismo medio-moderado hasta niños con un autismo profundo, criterio que será de gran utilidad para concretar y delimitar la población diana. (18, 27, 28)
<i>"Evaluación de las habilidades de comunicación e interacción" ACIS</i>	Evalúa a través de la observación las habilidades ocupacionales necesarias para lograr la participación con otros en distintas ocupaciones y tipos de actividad. Las habilidades de comunicación e interacción corresponden a aquellas necesarias para expresarse, comunicarse y lograr hacer con otros. (19)
<i>Escala de observación de la comunicación en educación infantil</i>	La escala que se presenta es una adaptación de las escalas de funciones pragmáticas de la comunicación elaboradas por Mc Shane (1980); Donellan y otros (1984) para evaluar las competencias comunicativas de los niños y niñas con autismo u otros problemas que inciden en el desarrollo de la comunicación. La adaptación se ha llevado a cabo pensando en un instrumento que sea fácilmente utilizable por los profesionales de educación infantil en el ámbito escolar ordinario en que sucede la actividad educativa. Está pensada para observar cómo se comunican los niños y niñas de Etapa Infantil que presentan un retraso importante en sus competencias comunicativas y sociales, originado por trastornos

	generalizados del desarrollo, autismo o por algún tipo de retraso generalizado que afecta al desarrollo de la comunicación. (20)
<i>Escala de madurez social de Vineland</i>	<p>Fue creada por Edgard Doll.</p> <p>Esta escala mide la madurez social del niño. La escala proporciona:</p> <p>Un esquema del desarrollo normal que puede usarse repetidamente para la medición o cambios de crecimiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Una medida de diferencias individuales. - Un índice cualitativo de variaciones en el desarrollo de sujetos subnormales tales como desadaptados, inestables, epilépticos. - Una medida progresiva que sigue a un tratamiento especial. - Un esquema para revisar el desarrollo de la historia vital de un sujeto. (21, 29)

Gracias a la realización de estas escalas estandarizadas podremos confirmar que será necesario llevar a cabo un programa de intervención individualizado y grupal. Cada uno de los niños deberá acudir a las sesiones individualizadas de TO donde se intervendrá más en profundidad los problemas más notables de cada uno. También realizarán sesiones en grupo donde todos los niños “trabajará” y jugarán juntos. De esta forma podremos decir que los objetivos serán comunes para todos los niños mientras que la capacidad de cambio y mejora será diferente en cada uno de ellos. Las sesiones de TAP serán todas grupales enriqueciéndose y aprendiendo en las sesiones unos de otros.

Cabe esperar que el 100% de los usuarios realicen la fase de evaluación. El 80% de los usuarios finalicen la fase de intervención, siendo el 20% de usuarios los que abandonen el programa. También se espera que el 80% de los usuarios sean reevaluados en la fase de reevaluación, con estos usuarios obtendremos los resultados finales.

EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS

Una vez trascurrida la evaluación y se haya llevado a cabo la intervención se pasará a la penúltima fase del programa en la que reevaluaremos a los usuarios durante 2 semanas.

Cabe destacar que durante la fase de intervención se realizaran reuniones con los familiares para comentar la evolución y los cambios de los niños.

En esta fase volveremos a evaluar a los niños con las escalas estandarizadas y podremos realizar una comparativa con los resultados obtenidos en la evaluación.

Los puntos que pretendemos cumplir con respecto a los objetivos establecidos previamente son:

Conocer las limitaciones de los niños en la participación social	El 100% de los usuarios serán evaluados.
- Mejorar y/o adquirir habilidades de comunicación verbal y no verbal.	El 80% de los niños que completen la intervención obtendrán una mejoría en el desarrollo de las habilidades de comunicación verbal y no verbal, mientras que el 20% observaremos un desarrollo más leve.
- Despertar el interés por las relaciones con los adultos y sus iguales.	El 70% de los niños que finalicen la intervención tendrán una mayor relación con sus padres y sus iguales, mientras que el 30% la relación será menos cercana.
- Establecer un correcto contacto visual y Mejorar la atención.	El 80% de los niños que finalicen la intervención habrán desarrollado un correcto contacto visual y mostrarán mayor atención, mientras que el 20% será un desarrollo más leve.

<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollar la comunicación de forma espontánea (gestos, mirada, o lenguaje) para pedir un objeto que desea. 	<p>El 70% de los niños que finalicen la intervención conseguirán comunicarse de forma espontánea, mientras que el 30% lo harán de forma más conservada.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Conseguir comprender emociones y saber actuar en distintos entornos reales. 	<p>El 75% de los niños que finalicen la intervención sabrán interpretar cualquier emoción, mientras que el 25% presentará mayores dificultades al encontrarse en entornos desconocidos.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Conocer las normas sociales básicas. - Fomentar el juego con otros niños. 	<p>El 90% de los niños que finalicen la intervención conocerán las normas sociales básicas, mientras que el 10% restante necesitará ayuda esporádicamente.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Reevaluar las dificultades observadas al principio para comprobar si existe evolución y mejora. 	<p>El 80% de los usuarios serán reevaluados.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Se continuará el contacto con los padres o familiares, para comentar la evolución y los cambios del niño. - Proporcionar un cuestionario de satisfacción a las familias. 	<p>El 100% de los usuarios que hayan realizado la fase de reevaluación recibirán un informe con todos los datos necesarios.</p>

EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN

Al trascurrir la fase de reevaluación en el cuarto mes, se dispondrá a realizar unas escalas o cuestionarios de satisfacción donde las familias mostrarán sus opiniones sobre el programa, tanto de las intervenciones de TO como TAP. Para ello utilizaremos la encuesta de satisfacción proporcionada por el programa de atención temprana del IASS utilizando únicamente la segunda parte. Este cuestionario evalúa del 1 al 5, siendo 1 nada satisfecho y 5 muy satisfecho. (30) (Anexo V)

Para evaluar la TAP utilizaremos una escala de satisfacción de elaboración propia. El método de evaluación será igual que el cuestionario anterior, del 1 al 5, siendo 1 nada satisfecho y 5 muy satisfecho. (Anexo VI)

CONCLUSIONES

Los niños con TEA son una población vulnerable debido a los graves problemas para delimitar un diagnóstico claro y conciso en edades tan precoces. Esta población necesita un diagnóstico precoz para comenzar con un tratamiento lo más temprano posible, ya que a edades tempranas es más fácil conseguir una buena adaptación de los síntomas en relación a un correcto desempeño ocupacional y autonomía del niño. Este colectivo presenta problemas en varias áreas ocupacionales, siendo el área social una de las más afectadas; mediante la TO los niños aprenderán a desempeñar de manera óptima sus habilidades sociales; todo esto se conseguirá mediante la principal actividad propositiva del niño: el juego. La TAP constituiría una técnica complementaria, la cual mediante la utilización del animal, el perro, se conseguirían mejoras en cuanto a las habilidades de comunicación y sociales (empatía, comunicación verbal y no verbal, interactuar con los demás, etc.), la autoestima y la autonomía, también reduciría los estados de ansiedad y fomentaría el sentido de la responsabilidad, entre otros.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abad-Mas L, Aduna-de Paz M, Amo C, Artigas-Pallarés J, Ayuda-Pascual R, Domínguez ML, et al. Autismo Infantil. Barcelona: Viguera editores; 2005.
2. Baron-Cohen S, Leslie A, Frith U. Does the autistic child have a "Theory of mind"? *Cognition* 1985; 21: 37-46.
3. Ministerio de sanidad y Política Social. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos del Espectro Autista en Atención Primaria. Madrid; 2009.
4. Martínez Rodríguez A, Vega García Á. Trastornos del espectro autista y bienestar físico. Castilla y León: Federación de autismo de castilla y León; 2007.
5. Garrabé de Lara J. El autismo. Historia y clasificaciones. *Salud Ment.* 2012; 35 (3): 257-261.
6. Wing L. El autismo en niños y adultos. Una guía para la familia. Barcelona: Paidós; 1998.
7. Untoiglich G, Stavchansky L, Fattore MJ, Kulberg R, Benasayag S, Flores R, et al. Autismos y otras problemáticas graves en la infancia. Buenos aires: Noveduc; 2015.
8. Larraceleta González A. Trastornos del espectro autista: una respuesta neuroeducativa. Polibea. 2016; 118: 10-16.
9. Martos-Pérez J, Llorente-Comí M. Tratamiento de los trastornos del espectro autista: unión entre la comprensión y la práctica basada en la evidencia. *Rev Neurol.* 2013; 57: 185-191.

10. Elipe López I: La terapia asistida con animales: una nueva dimensión en la rehabilitación neuropsicológica. 2013. [Consultado el 16 de Mayo de 2016]. Disponible en:
<http://www.aepccc.es/blog/item/la-terapia-asistida-con-animales-una-nueva-dimension-en-la-rehabilitacion-neuropsicologica.html>

11. Oropesa Roblejo P, García Wilson I, Puente San Í V, Matute Gainza Y. Terapia asistida con animales como fuente de recurso en el tratamiento rehabilitador. MEDISAN. 2009; 13(6): 1-9.

12. Comunicaciones VII Congreso internacional. Animales de compañía, fuente de salud. Barcelona: Fundación Affinity; 2008.

13. Isaza Narváez AM, Muñoz Chilito DA. Terapia asistida con perros en niños con autismo: revisión sistemática. [Trabajo de grado para optar por el título de especialista en psiquiatría]. Bogotá. Universidad del Rosario. Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud. Centro de Investigación en Ciencias de la Salud (CICS); 2013.

14. Martínez Artíme A, Matilla Martínez M, Todó Llorens M. Terapia Asistida con Perros. Universidad Autónoma de Barcelona; 2010. [Consultado el 5 de Mayo de 2016]. Disponible en:
https://ddd.uab.cat/pub/trerecpro/2010/80131/terapia_asistida_con_perros.pdf

15. Vásquez Duque JA. Actividades y terapia asistida por animales desde la mirada del Modelo de Ocupación Humana. Revista chilena de Terapia ocupacional. 2011; 11(1): 29-36.

16. Kielhofner G. Motivos, Patrones y Desempeño de la Ocupación: Conceptos Básicos. En su: Terapia Ocupacional Modelo de Ocupación Humana teoría y aplicación. 3º Ed. Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana, 2004.

17. Kielhofner G. Modelo de ocupación humana: Teoría y aplicación. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2011.

18. Leal Soto F. Escala de valoración del autismo infantil (EVAI). A Spanish version of the Childhood Autism Rating Scale (CARS) (traducción). Eric Schopler, Robert Reichler y Barbara Rochen Renner. Los Angeles, CA: WesternPsychological Services, 1996.

19. De las Heras de Pablo CG. Modelo de Ocupación Humana. Madrid: Editorial Síntesis; 2015.

20. Grupo de Responsables del Programa T.G.D. de Vizcaya y Álava. El autismo en la edad infantil. Los problemas de comunicación Adaptación de las escalas de Mc Shane (1980), Donellan y otros (1984). Gobierno Vasco. Departamento de Educación, Universidades e Investigación. Fecha de Consulta Disponible en: [http://www.hezkuntza.ejgv.euskadi.eus/r43-573/es/contenidos/informacion/dif7/es_2082/adjuntos/libros/\(6\)%20Autismo/CAST/2AUTISMO.pdf](http://www.hezkuntza.ejgv.euskadi.eus/r43-573/es/contenidos/informacion/dif7/es_2082/adjuntos/libros/(6)%20Autismo/CAST/2AUTISMO.pdf)

21. Anastasi A, Urbina S. Test Psicológicos. 7^a ed. México: Assistant; 1998.

22. Cornago A, Navarro M, Collado F. Manual del juego para niño con autismo. Ejercicios, materiales y estrategias. Valencia: Psylicom; 2013.

23. Tellier M, Vila M. Protocolos de actividades para usuarios con trastornos de espectro autista en un programa de terapia asistida por animales. Fundación Affinity.

24. Canem asistencia, terapia y educación [Internet]. Zaragoza: Centro de Terapias Asistidas; 2015. [Consultado el 16 de Mayo de 2016]. Disponible en: http://perrosdealertamedica.com/?page_id=16

25.Bernaldo de Quirós Aragón M. Manual de psicomotricidad. Madrid: Pirámide; 2006.

26.Boris M Levinson. Psicoterapia infantil asistida por animales. Fundación Affinity; 2003.

27.Leal Soto F y cols. Evai: Escala de valoración del autismo infantil (A Spanish Language Version of ythe Childhood Autism Rate Scale-CARS) [Consultado el 16 de Mayo de 2016]. Disponible en: https://www.academia.edu/6142958/Evai_Escala_de_valoraci%C3%B3n_del_autismo_infantil_A_Spanish_Language_Version_of_the_Childhood_Autism_Rate_Scale_-_CARS_

28.Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica de detección y diagnóstico oportuno de los trastornos del espectro autista (TEA). Ministerio de Salud. Gobierno de Chile: Chile; 2011.

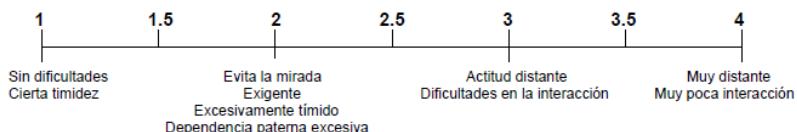
29.Universidad Santo Tomás. Escuela de Psicología. Material de apoyo. Actualizaciones en evaluación y psicodiagnóstico infanto-juvenil. Escala de Madurez Social de Vineland. Santiago: 2006. Disponible en: http://santiago.all.biz/escala-de-madurez-social-de-vineland-g69632#.V85_SZiLTIU

30.Instituto Aragonés de Servicios Sociales. Programa de Atención Temprana IASS, 4^a encuesta de satisfacción de usuarios (padres-tutores) [monografía en internet]. 4^a ed. Aragón: Gobierno de Aragón; 20011 [consultado el 23 de junio de 2016]. Disponible en: <http://iass.aragon.es/adjuntos/discapacitados/EncuestaSatisfaccionAtencionTemprana.pdf>

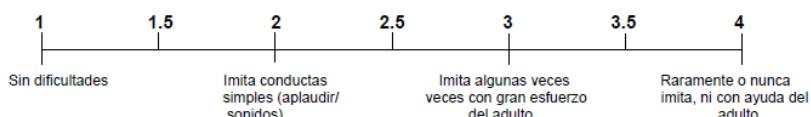
ANEXOS

ANEXO I: CARS (CHILDHOOD AUTISM RATING SCALE): ESCALA DE CALIFICACIÓN DEL AUTISMO INFANTIL

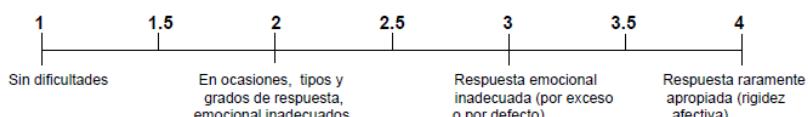
I. Relación con los demás:



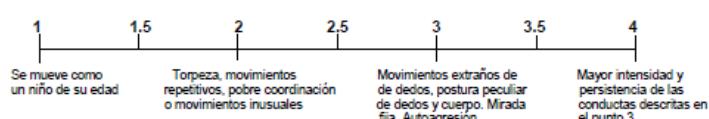
II. Imitación:



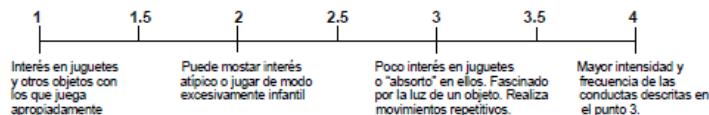
III. Afecto:



IV. Uso del cuerpo:



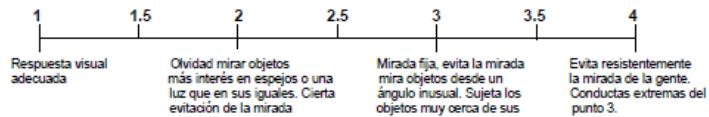
V. Uso de objetos:



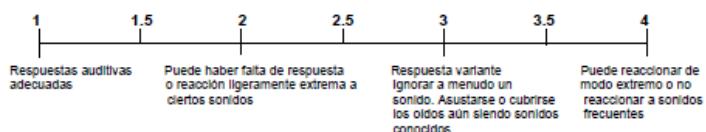
VI. Adaptación al cambio:



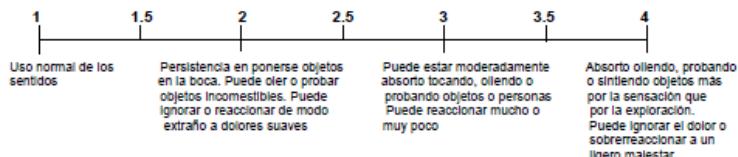
VII. Respuesta visual:



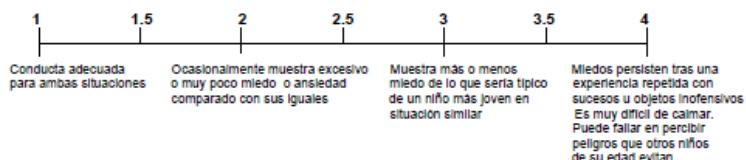
VIII. Respuesta auditiva:



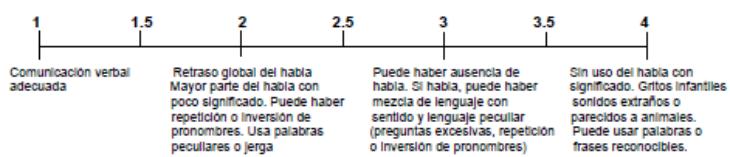
IX. Gusto, olfato y uso y respuesta táctil:



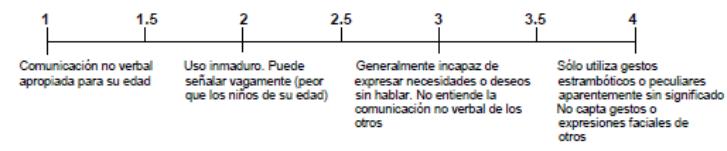
X. Ansiedad y miedo:



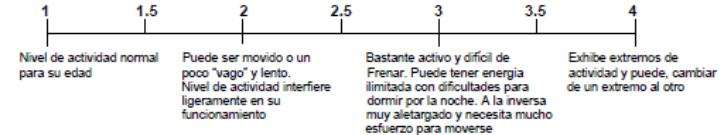
XI. Comunicación verbal:



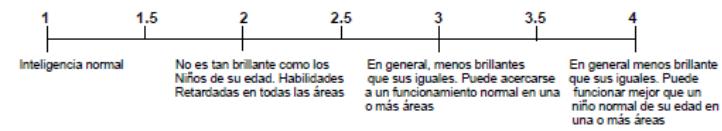
XII. Comunicación no verbal:



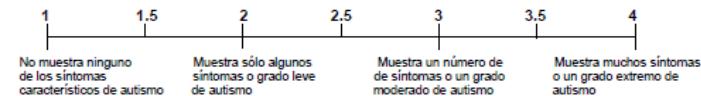
XIII. Nivel de actividad:



XIV. Nivel y consistencia de la respuesta intelectual:



XV. Impresiones generales:



ANEXO II: EVALUACIÓN DE LAS HABILIDADES DE COMUNICACIÓN E INTERACCIÓN ACIS

FIG. 13-2. Puntuaciones y comentarios de Doug en el ACIS.

	Situación observacional			Comentarios
	Clase	Recreo	Almuerzo	
DOMINIO FÍSICO				
Se contacta	1	1	1	Golpea a los otros para llamar la atención. Golpea a los otros cuando está enojado
Contempla	1	2	1	Evita el contacto visual en muchas interacciones. Cuando está enojado mira fijamente
Gesticula	3	2	2	A veces exagera los gestos
Maniobra	3	2	2	Tropieza accidentalmente con los otros
Se orienta	2	2	1	A veces se aleja de la acción social
Se posiciona	2	1	1	A veces aparece amenazadoramente sobre los otros
INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN				
Articula	3	3	3	Sin problemas importantes; a menudo habla muy rápido
Es asertivo	2	2	2	Es agresivo en lugar de asertivo
Pregunta	3	3	3	Generalmente bien, a veces se torna un poco demandante
Se involucra				Es eficaz para iniciar la conversación, a menudo utiliza malas estrategias para participar con los otros (p. ej., golpes, abrazos)
Expresa	3	3	2	Puede compartir eficazmente la información y los sentimientos, salvo cuando está molesto
Modula	2	3	2	Suele hablar demasiado fuerte
Comparte	3	3	3	Puede responder cuando otros preguntan
Habla	3	3	3	Generalmente puede hacerse entender
Sostiene	3	3	3	Puede mantener la interacción si está interesado
RELACIONES				
Colabora	2	1	1	Puede trabajar durante un tiempo con los otros en un juego o tarea estructurado con una supervisión clara, pero tiende a quebrar las reglas o a hacerse el remolón en un aparente intento de llamar la atención
Cumple	2	1	1	A menudo transgreden las reglas sociales. Por ejemplo, toma la comida de otras personas, fuerza su camino en la fila
Se centra	2	2	2	Puede centrar la atención durante un rato, pero se distrae o aburre fácilmente.
Se relaciona	2	3	2	Puede ser genuinamente bueno estar con él, pero tiene problemas cuando está molesto. Puede volverse muy agresivo para buscar la atención o para intentar hacer lo que quiere
Respetá	2	1	1	Tiene problemas para detectar los indicios de los otros y no parece tener conciencia del malestar de los otros con su comportamiento

Clave de evaluación: **4** = competente, **3** = dudoso, **2** = ineficaz, **1** = déficit.

ANEXO III: ESCALA DE OBSERVACIÓN DE LA COMUNICACIÓN EN EDUCACIÓN INFANTIL

NOMBRE:

EDAD:

Observación realizada por:

FECHA:

FUNCIONES COMUNICATIVAS	Comunicación NO VERBAL	Comunicación VERBAL
	Mediante gestos, miradas, señales, indicaciones con el dedo o la mano, moviéndose hacia..., elevando la mano, cogiendo la mano o el brazo del adulto, llevando al adulto hacia un objeto, etc.	Mediante vocalizaciones, sonidos, gritos, repeticiones, palabras, frases, canciones, música, etc.
<p>PRESTAR ATENCIÓN dirige su atención hacia una persona u objeto</p> <ul style="list-style-type: none"> • tiene contacto visual: mira, se fija de reojo • centra su atención en un objeto: dirige la mirada, la mantiene.... • centra su atención en otra persona: la mira, se da cuenta de su presencia,..... • intenta dirigir la atención de otra persona hacia un objeto..... 		
<p>LLAMAR A OTRA PERSONA para localizarla o reclamar su atención</p> <ul style="list-style-type: none"> • llama la atención o se dirige a una persona conocida • se dirige a una persona desconocida • utiliza a las personas como un instrumento para conseguir algo: las lleva hacia lo que quiere, estira su brazo, etc. 		

FUNCIONES COMUNICATIVAS	Comunicación NO VERBAL	Comunicación VERBAL
IMITAR es capaz de imitar		
• gestos sencillos
• acciones que ve en otros niños o adultos
• sonidos o palabras que acaba de oír
• palabras o frases tras un tiempo de oídas.....
NOMBRAR / DENOMINAR mediante vocalizaciones, señalando o Indicando cuando comprende lo que se le pide		
• objetos
• personas
• lugares
• acciones
• fotografías de objetos, personas, lugares, acciones
• dibujos de objetos, personas, lugares, acciones
RESPONDER A PETICIONES es capaz de responder a peticiones de otros		
• da objetos cuando se le piden
• realiza acciones sencillas cuando se le pide...
• otras

FUNCIONES COMUNICATIVAS	Comunicación NO VERBAL	Comunicación VERBAL
<p>HACER PETICIONES solicita lo que quiere o se dirige a alguien para pedir</p> <ul style="list-style-type: none"> • comida • objetos • ayuda en una actividad determinada (abrir, cerrar...) • interacción en el juego (dar de comer, dormir...) • acción (ir a algún lugar, salir a la calle...) • afecto 		
<p>EXPRESAR RECHAZO muestra actitudes que revelan rechazo</p> <ul style="list-style-type: none"> • hacia un objeto determinado..... • hacia una persona • hacia una situación habitual • hacia determinadas actividades • hacia cambios y novedades 		

FUNCIONES COMUNICATIVAS	Comunicación NO VERBAL	Comunicación VERBAL
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> RESPONDER es capaz de responder </div> <ul style="list-style-type: none"> • a personas conocidas <ul style="list-style-type: none"> - cuando le llaman por su nombre • a personas desconocidas <ul style="list-style-type: none"> - cuando le llaman por su nombre
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> PREGUNTAR es capaz de solicitar información </div> <ul style="list-style-type: none"> • ¿quién es, quién viene, quién lo tiene? • ¿dónde está (algo que necesita)? • otras

EXPRESAR EMOCIONES		
manifiesta de alguna manera emociones		
• alegría.....	.....	.....
• tristeza .....	.....	.....
• miedo .....	.....	.....
• disgusto .....	.....	.....
• sorpresa .....	.....	.....

ANEXO IV: ESCALA DE MADUREZ SOCIAL DE VINELAND

ESCALA DE MADUREZ SOCIAL DE VINELAND

	Año	Mes	Día
Fecha de aplicación			
Fecha de nacimiento			
Edad cronológica			

Nombre: _____

Fecha nacimiento: _____ Edad: _____

Sexo: _____ Escolaridad: _____

Ocupación: _____ Años experiencia: _____

Examinador: _____

Informante: _____

Fecha de evaluación: _____

EVALUACION INTELECTUAL:

Prueba: _____ E.M.: _____ C.I. : _____

Ocupación del padre: _____ Escolaridad: _____

Ocupación de la madre: _____ Escolaridad: _____

OBSERVACIONES:

PUNTAJE BÁSICO : _____ EDAD EQUIVALENTE (E.S.) : _____

PUNTOS ADICIONALES : _____ COEFICIENTE SOCIAL (C.S.) : _____

PUNTAJE TOTAL : _____

APRECIACIÓN INFORMANTE : _____

2-3 AÑOS			
	35	AAG	Pide ir al baño
	36	C	Inicia sus propias actividades de juego
	37	AV	Se quita la chaqueta o vestido
	38	AA	Come con tenedor
	39	AA	Obtiene bebidas sin ayuda
	40	AV	Se seca las manos solo
	41	AAG	Evita pequeños riesgos
	42	AV	Se pone la chaqueta o vestido sin ayuda
	43	O	Corta con tijeras
	44	C	Relata experiencias

COMUNICACIÓN

		EDAD	
	1	0-1	Gorgea, sonríe
	7	0-1	Se entretiene solo (cuando está desatendido)
	10	0-1	Conversa (imitando sonidos)
	17	0-1	Sigue instrucciones simples
	19	1-2	Hace rayas con lápiz o crayón
	31	1-2	Usa nombres de objetos familiares
	34	1-2	Habla pequeñas frases
	36	2-3	Inicia sus propias actividades de juego
	44	2-3	Relata experiencias
	58	5-6	Escribe palabras muy simples
	63	6-7	Usa el lápiz para escribir
	73	8-9	Lee por iniciativa propia
	78	10-11	Escribe ocasionalmente cartas breves
	79	10-11	Hace llamadas telefónicas
	80	10-11	Hace pequeños trabajos remunerados
	81	10-11	Contesta avisos, compra por correo
	84	11-12	Se entretiene con libros, periódicos y revistas
	90	15-18	Se comunica por carta
	91	15-18	Se mantiene informado de los sucesos de actualidad

LOCOMOCIÓN

		EDAD	
	12	0-1	Gatea y se desplaza sobre el piso
	18	1-2	Camina por la pieza sin ayuda
	29	1-2	Deambula por la casa o patio
	32	1-2	Sube las escaleras sin ayuda
	45	3-4	Baja las escaleras poniendo un pie por peldaño
	53	4-5	Anda por el vecindario sin que se le preste atención
	61	5-6	Va solo al colegio
	77	9-10	Deambula por su ciudad
	92	15-18	Va solo a lugares cercanos
	96	18-20	Va solo a lugares distantes

OCUPACIÓN

		EDAD	
	22	1-2	Traslada objetos
	24	1-2	Va a buscar y trae objetos familiares
	43	2-3	Corta con tijeras
	48	3-4	Ayuda en pequeñas labores domésticas
	55	4-5	Uso lápiz o tiza para dibujar
	57	5-6	Uso patines, velocipedos, bicicleta o coche
	71	8-9	Uso herramientas o utensilios
	72	8-9	Realiza tareas domésticas de rutina
	82	11-12	Ejecuta trabajos creativos simples
	89	11-12	Ejecuta trabajos de rutina de forma responsable
	98	18-20	Tiene una ocupación o continúa su escolaridad
	106	≤25	Ejecuta trabajos de destreza
	107	≤25	Participa en actividades recreativas
	108	≤25	Sistematiza su trabajo
	111	≤25	Supervisa labores ocupacionales
	112	≤25	Compra para otros
	113	≤25	Dirige o maneja negocios de otros
	114	≤25	Ejecuta trabajo experto o profesional
	116	≤25	Crea sus propias oportunidades

SOCIALIZACIÓN

		EDAD	
	4	0-1	Da los brazos a las personas que le son familiares
	14	0-1	Requiere atención personal
	27	1-2	Juega con otros niños
	46	3-4	Juega cooperativamente a nivel de jardín infantil
	49	3-4	Efectúa exhibiciones para otros
	56	4-5	Participa en juegos de competencias
	59	5-6	Participa en juegos simples
	68	7-8	Pone en duda leyenda del Viejo Pascuero (conejo de pascua...)
	69	7-8	Participa en juegos de pre-adolescente
	85	11-12	Realiza juegos difíciles
	88	11-12	Participa en actividades de grupo de adolescentes
	103	20-25	Asume responsabilidades más allá de sus propias necesidades
	104	20-25	Contribuye al bienestar social
	109	≤25	Inspira confianza
	110	≤25	Promueve progresos cívicos
	115	≤25	Comparte responsabilidades de la comunidad
	117	≤25	Promueve el bienestar general

ANEXO V: ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL CENTRO DE TERAPIA OCUPACIONAL

II. Preguntas relativas al grado de satisfacción con respecto al Centro donde el niño recibe el tratamiento/s de Atención Temprana.

1. El estado de las instalaciones del centro de tratamiento	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5		
2. La ubicación y accesibilidad del Centro de tratamiento	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5		
3. La eficacia del tratamiento en la problemática del niño/a	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5		
4. La atención prestada a las necesidades de la familia	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5		
5. La preparación de los profesionales del centro de tratamiento	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5		
6. El interés de los profesionales por el niño/a	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5		
7. La información sobre la evolución del niño/a	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5		
8. La confianza (seguridad) que los profesionales le transmiten	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5		
9. El trato recibido por parte de los profesionales	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5		
10. La oportunidad de expresar su opinión al hablar con los profesionales del centro de Atención Temprana	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5		
11. El conocimiento actual de la problemática del niño/a respecto al inicio de su tratamiento/s	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5		
12. ¿Entiende mejor el problema del niño/a en comparación a cuando se iniciaron los tratamientos?	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 50px; height: 20px;"></td><td style="width: 50px; height: 20px;"></td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 50px; height: 20px; text-align: center;">SI</td><td style="width: 50px; height: 20px; text-align: center;">NO</td></tr></table>			SI	NO	
SI	NO					
13. El centro de Atención Temprana donde el niño recibe el tratamiento en su globalidad	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5		
14. En el caso de que algunas necesidades de atención no hayan podido ser asumidas por el Centro, señálelas a continuación:						

ANEXO VI: ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL CENTRO DE TAP

1. La ubicación del centro.
2. Barreras arquitectónicas del centro.
3. Instalaciones del centro.
4. Atención prestada al usuario.
5. Atención prestada a la familia.
6. Confianza que los profesionales trasmiten.
7. Preparación de los profesionales del centro.
8. Interés de los profesionales del centro por los usuarios.
9. Oportunidad para expresar su opinión al hablar con los profesionales.
10. Información sobre la evolución.
11. El animal (estado, comportamiento...).
12. información adicional que quieran añadir.