



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Trabajo Social

Trabajo Fin de Grado

BENEFICIOS DE LA EQUINO-TERAPIA SOBRE LAS HABILIDADES SOCIALES DE NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA.

Alumno/a: Claudia Romero España

Tutor/a: Juana Pérez Villar.

Cotutor/a: Javier Cortes Moreno.

Dpto: Psicología.

Junio, 2023

Este Trabajo Fin de Grado tiene una extensión de 12607 palabras, sin contar portada, índice, bibliografía ni posibles anexos.

1. RESUMEN.....	3
2. INTRODUCCIÓN.....	4
3. MARCO TEÓRICO.....	5
A. EL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA).....	5
1. Recorrido histórico del concepto del TEA.....	5
2. Concepto del Trastorno del Espectro Autista (TEA).....	8
3. Diagnóstico y niveles del TEA.....	9
4. Categorías del TEA.....	12
5. Áreas del desarrollo en los niños con TEA.....	13
5.1. Comunicación y lenguaje.....	13
5.2. Interacción social.....	15
5.3. Conducta motriz.....	16
6. Principales modelos y sistemas de intervención.....	17
B. EQUINOTERAPIA.....	19
1. Las intervenciones asistidas por animales.....	19
2. Equinoterapia: Concepto.....	21
3. Tipos de equinoterapia.....	23
4. Objetivos y beneficios de la equinoterapia.....	24
5. Beneficios de la equinoterapia en niños con TEA.....	25
4. TRABAJO SOCIAL Y EQUINOTERAPIA.....	26
5. PROPUESTA DE NEGOCIO.....	27
1. Justificación.....	27
2. Idea de negocio.....	28
3. Propuesta de Modelo Canvas.....	28
3.1. Asociaciones clave.....	29
3.2. Recursos clave.....	31
3.3. Actividades clave.....	32
3.4. Propuesta de valor.....	36
3.5. Relación con los clientes.....	37
3.6. Canales.....	38
3.7. Segmentos de mercado.....	38
3.8. Costes de estructura.....	39
3.9 Fuentes de ingresos.....	40
3.10. Lienzo Modelo Canvas.....	41
6. CONCLUSIONES.....	41
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:.....	42

1. RESUMEN.

El presente Trabajo Fin de Grado (TFG) tiene como objetivo principal dar a conocer los beneficios que tiene el papel del Trabajo Social en algunos usuarios, mediante la intervención asistida con caballos. Para ello el trabajo está dividido en dos partes, una primera búsqueda de información y una revisión bibliográfica de artículos, revistas y libros. Y una segunda parte de la creación de una propuesta de negocio de equinoterapia con niños y adolescentes con TEA. Mi pasión por los caballos y por lo tanto como amazona profesional, junto a mi interés en los niños con TEA que se encuentran en riesgo de exclusión social me han llevado hasta la búsqueda de una propuesta innovadora de negocio. Este proyecto se crea con la finalidad de obtener beneficios de la equinoterapia a niños con TEA, mediante actividades donde intervienen muchos profesionales y actores para llevar a cabo la propuesta.

Palabras clave: Trabajo Social, equinoterapia, autismo, TEA, modelo canvas, beneficios, terapia, habilidades sociales.

ABSTRACT.

The main objective of this Final Degree Project (TFG) is to publicize the benefits that the role of Social Work has in some users, through the intervention assisted with horses. For this, the work is divided into two parts, a first search for information and a bibliographic review of articles, magazines and books. And a second part of the creation of a business proposal for equine therapy with children and adolescents with ASD. My passion for horses and therefore as a professional horsewoman, together with my interest in children with ASD who are at risk of social exclusion have led me to the search for an innovative business proposal. This project is created with the purpose of obtaining benefits from equine therapy for children with ASD, through activities where many professionals and actors are involved to carry out the proposal.

Keywords: Social Work, equine therapy, autism, ASD, canvas model, benefits, therapy, social skills.

2. INTRODUCCIÓN.

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) conlleva problemas de desarrollo en las personas que lo padecen incluyendo problemas físicos, psicológicos, cognitivos, pero también problemas de comunicación y desarrollo social. Estas dificultades además de suponer un problema para las personas que padecen el trastorno, suponen también un problema a nivel

familiar ya que muchas familias no saben o no entienden cómo afrontar la situación que se genera a raíz del trastorno.

Hoy en día el trastorno del espectro autista no tiene cura, pero sí que existen terapias tanto de tipo farmacológico como de tipo conductual que pueden ayudar a los que la padecen a convivir con el trastorno. La equinoterapia es una de las terapias que se ha demostrado que pueden ayudar, utilizando el caballo como herramienta terapéutica, consiguiendo a través de la participación en esta terapia mejoras tanto a nivel físico como emocional y social, dichas mejoras contribuirán, por lo tanto, no sólo a la mejora de la calidad de vida de la persona con TEA sino también a las de su ámbito más cercano como es la familia.

El papel del trabajo social en este tipo de terapias es importante ya que uno de sus objetivos es la mejora de las necesidades de la comunidad a través de la búsqueda de soluciones que contribuyan a alcanzar el bienestar de toda la población. Por ello, a través de la propuesta de la equinoterapia como método para mejorar las habilidades sociales de los niños y adolescentes con TEA, se cumple parte de este objetivo ya que a través del trabajo con estos animales se promueve la mejora de la comunicación y la autoestima de la persona que padece el trastorno lo que va a derivar en una mejora de la dinámica familiar y por lo tanto social.

Este proyecto de negocio pretende a través de la equinoterapia, mejorar la calidad de vida de la persona que padece el trastorno y de su familia. Se trata de un proyecto multidisciplinar en el que el trabajador social va a ejercer el liderazgo determinando cuál es el modo individual en el que se debe trabajar con la persona afectada, así como, cuál sería la intervención grupal necesaria para trabajar con la familia. El trabajador social tiene además un papel primordial en la búsqueda de recursos de la propia comunidad, para que las personas afectadas puedan acceder a las terapias y por lo tanto desarrollar al máximo sus capacidades. Por lo tanto trabajaremos con el individuo, el entorno y la comunidad.

3. MARCO TEÓRICO.

A. EL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA)

1. Recorrido histórico del concepto del TEA.

El término trastorno del espectro autista es un término relativamente reciente que ha pasado por diferentes definiciones a lo largo de la historia. Tendremos que remontarnos al menos 100 años para encontrar la primera referencia a este término. En 1911 el psiquiatra suizo Bleuler fue el primero en utilizar el término autismo nombrándolo como “encierro autista”, haciendo referencia a rasgos propios de la esquizofrenia. Según este psiquiatra el aislamiento autista afectaba a los pacientes con esquizofrenia de modo que estos buscaban aislarse de la realidad, por lo tanto, el autismo era para él un síntoma de la esquizofrenia.

En 1943 aparece el primer artículo que habla de autismo como síndrome publicado por Kanner. Este autor después de su trabajo con un grupo de niños diagnosticados con esquizofrenia aporta que es necesario distinguir el término autismo como algo diferente de la esquizofrenia, ya que estos niños no presentaban todos los síntomas asociados a la esquizofrenia, pero sí otros característicos de lo que él denominó “autismo infantil precoz”. Estos síntomas diferenciales son: dificultad para la interacción social, alteraciones en el lenguaje y la comunicación y la continua necesidad de que todo siga igual, estos niños manifiestan la necesidad de no realizar ningún cambio en su ambiente. Kanner hace una aportación muy importante al concepto y señala por primera vez una serie de características propias de los niños con autismo:

- Soledad autística extrema.
- Fracaso para asumir posturas anticipatorias.
- Retraso importante en la adquisición del habla o ausencia del lenguaje.
- Utilización no comunicativa del habla y uso literal del lenguaje.
- Ecolalia inmediata o demorada y repeticiones verbales fuera de contexto.
- Inversiones pronominales.
- Problemas alimenticios.
- Reacciones bruscas ante ciertos ruidos, objetos y personas.
- Actividades fijas, rutinarias, limitadas y obsesivas.
- Juego repetitivo y estereotipado.

- Insistencia en la igualdad y miedo al cambio.
- Buenas relaciones con los objetos.
- Movimientos corporales rítmicos y estereotipados.
- Ausencia de relaciones con otras personas e insistencia obsesiva en preservar la intimidad.
- Buena inteligencia, alto potencial cognitivo y excelente memoria mecánica.
- Aspecto físico normal.
- Mayores alteraciones en la primera infancia.
- Familias de origen muy inteligente.

Hans Asperger en 1944, sin tener ningún tipo de relación con Kanner, extrae de sus investigaciones características muy similares a las mencionadas anteriormente. Así, detecta en sus investigaciones que existe un grupo de niños que presentan lo que él denomina “psicopatía autista” caracterizada por: limitación de las relaciones sociales, pautas comunicativas extrañas y presencia de un carácter obsesivo tanto en sus pensamientos como en sus acciones. Este autor, categoriza esta psicopatía autista con características como:

- Falta de empatía.
- Ingenuidad.
- Poca habilidad para establecer relaciones y hacer amigos.
- Lenguaje pedante repetitivo.
- Pobre comunicación no verbal.
- Interés desmesurado por ciertos temas.
- Torpeza motora y mala coordinación.

Durante varios años la comunidad científica se debatía entre las similitudes y diferencias de los estudios de Kanner y Asperger, para decidir si realmente era el mismo trastorno o era necesario hacer diagnósticos diferentes. Fue en 1981 cuando la psiquiatra británica Lorna Wing, une ambas teorías, según ella los autistas estudiados por Kanner y los descritos por Asperger, denominados por Wing como “Síndrome de Asperger”, forman parte de un conglomerado mucho más amplio de personas que pasó a denominarse como “el espectro”: grupo de sujetos que comparten una combinación de dificultades en la interacción social, en la comprensión, interpretación y uso del lenguaje, y la presencia continua de conductas repetitivas y estereotipadas. Wing desarrolló lo que se conoce como la triada de Wing que

plantea tres dimensiones del espectro autista, esta triada es importante porque dos de los criterios de clasificación más importantes como el DSM y el CIE, toman como base de diagnóstico esta triada:

- Trastorno de la reciprocidad social.
- Trastorno de la capacidad verbal y no verbal.
- Ausencia de capacidad simbólica y conducta imaginativa.

A partir de la publicación de Wing surge un gran interés por el tema y también se da gran reconocimiento a estos autores, nombrándolos como los fundadores del concepto de autismo, aunque hay muchas investigaciones que apuntan a que realmente no fueron los únicos sino que hubo otros autores anteriores que también tuvieron mucha importancia pero que tardaron mucho en ser conocidos como conocedores de este tema, cabe destacar así en este breve recorrido histórico del concepto las aportaciones de Grunya Sukhareva (1926), esta psiquiatra llegó a publicar más de 150 artículos sobre niñas con rasgos característicos que coinciden con los descritos posteriormente como autismo, sino como “psicopatía esquizoide”.

Destacan también las investigaciones de Riviere que, en 1997, estableció una categoría de 12 puntos que marcan las posibles 12 dimensiones del espectro autista:

- Trastornos cualitativos de la relación social.
- Trastornos de las capacidades de referencia conjunta (acción, atención y preocupación).
- Trastornos de las capacidades intersubjetivas y mentalistas.
- Trastornos de las funciones comunicativas.
- Trastornos cualitativos del lenguaje comprensivo.
- Trastornos cualitativos del lenguaje comprensivo.
- Trastornos de la flexibilidad mental y comportamental.
- Trastornos del sentido de la actividad propia.
- Trastornos de la imaginación y de las capacidades de ficción
- Trastornos de la imitación.
- Trastornos de la suspensión.

De modo paralelo a estas investigaciones a nivel diagnóstico el concepto también ha ido evolucionando y así puede verse en los distintos conceptos sobre el autismo recogidos en el instrumento de diagnóstico más reconocido a nivel mundial el: **“Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM)”** de la Asociación Americana de Psiquiatría.

- DSM- II (1952): el autismo es una condición psiquiátrica, un tipo de esquizofrenia infantil caracterizada por un desapego de la realidad.

- DSM- III (1980): aquí se hace un avance importante, y el autismo pasa a tener un diagnóstico diferencial de la esquizofrenia. Se trata de un trastorno generalizado del desarrollo con tres características fundamentales: falta de interés para las relaciones sociales, dificultades de comunicación y respuestas extrañas al entorno, todas estas características tienen como denominador común que se manifiestan antes de los 30 meses de vida.

- DSM - IV (1994/2000): en esta entrega del manual se habla del autismo como trastorno del desarrollo, pero lo divide en cinco categorías distintas: el autismo, el trastorno de Asperger, el trastorno desintegrador de la infancia, el trastorno generalizado del desarrollo no especificado y el Síndrome de Rett.

- Finalmente el DSM - V (2013): recoge el término “Trastorno del espectro Autista” (TEA).

2. Concepto del Trastorno del Espectro Autista (TEA).

Muchos han sido los intentos de definir el Trastorno del Espectro Autista conocido como TEA, coincidiendo la mayoría de las investigaciones en tres aspectos fundamentales:

- 1º Es un trastorno neurológico

- 2º Se manifiesta en los primeros años de vida

- 3º Se caracteriza por alteraciones en las relaciones sociales, en la comunicación y el lenguaje y en la manifestación de patrones típicos de conducta.

Así Barthélemy y cols., (2008) lo definen como: “un trastorno del neurodesarrollo, que se detecta generalmente antes de los 3 años de edad, afectando a lo largo de todo el ciclo vital, presentando alteraciones en las relaciones sociales, en la comunicación y lenguaje e inflexibilidad mental y comportamental, variando cualitativamente de unas personas a otras”.

Hortigüela, V. (2008) como “las alteraciones del desarrollo que se manifiesta en tres ámbitos de funcionamiento: las relaciones sociales, la comunicación y las habilidades de ficción e imaginación”.

En la actualidad el trastorno autista se define en función de un compendio de comportamientos, que según el DSM- V están dentro de una misma categoría diagnóstica, por eso hablamos de espectro. No hablamos de un único trastorno sino de diferentes niveles dentro de un mismo concepto, con diferentes grados de intensidad que van a marcar profundamente la necesidad de ayuda y la interacción con las personas y el entorno.

3. Diagnóstico y niveles del TEA.

El TEA es un trastorno difícil de diagnosticar y que en ocasiones puede llevar años desde que aparece la sospecha de los primeros síntomas. Existen en la actualidad tres sistemas de clasificación del TEA:

- El DSM-V: Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales.
- CIE-10: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionadas con la Salud de la Organización Mundial de la Salud.
- CIF: Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Veamos a continuación los principales criterios de diagnóstico del trastorno del espectro autista, según el DSM - V, ya que es el criterio más utilizado en la actualidad por la comunidad científica ya que describe de un modo preciso los síntomas y niveles del espectro del autismo.

DSM V (2014): CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO TRASTORNOS DEL ESPECTRO DEL AUTISMO

A. Deficiencias persistentes y clínicamente significativas en la comunicación e interacción social que se presentan en diferentes contextos, ya sea actualmente o en el pasado:
--

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">- Deficiencias de reciprocidad socioemocional, que puede presentarse desde aproximaciones sociales anormales y fracaso para mantener una conversación bidireccional, a una disminución para compartir intereses o emociones, hasta una falta total en la iniciación de la interacción social.- Graves dificultades en la comunicación no verbal que se hacen presentes en la |
|---|

interacción social; la presentación va desde una baja integración de la comunicación verbal y no verbal, manifestada con el contacto ocular y el lenguaje corporal, a déficits en la comprensión y uso de la comunicación no verbal, hasta una completa falta de expresión facial y gestual.

- Interferencia para desarrollar y mantener relaciones sociales adecuadas al nivel de desarrollo (aparte de con los cuidadores); la presentación va desde dificultades para ajustar la conducta social a diferentes contextos, dadas las dificultades para compartir juego imaginativo y para hacer amistades, hasta una falta aparente de interés en las personas.

B. Presencia de patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos y repetitivos, tal como se manifiesta en dos o más de los siguientes puntos:

- Comportamientos motores, verbales o uso de objetos de forma estereotipada y repetitiva (como una estereotipia motora simple, uso de objetos de forma repetitiva o frases idiosincrásicas).
- Adhesión excesiva a las rutinas, patrones de comportamiento ritualizados de tipo verbal o no verbal o excesiva resistencia al cambio (como rituales motores, insistencia en una misma ruta o comida, preguntas repetitivas o angustia extrema por pequeños cambios).
- Intereses excesivamente fijos y restringidos que son anormales, ya sea en su intensidad u objeto (como una fuerte vinculación o preocupación por objetos inusuales, excesivamente circunscritos o intereses perseverantes).
- Híper o hipo reactividad sensorial o interés sensorial inusual por aspectos del entorno (como aparente indiferencia al dolor/calor/frío, respuesta negativa a sonidos específicos o texturas, oler o tocar excesivamente los objetos, fascinación por las luces o por dar vueltas a los objetos).

C. Los síntomas deben presentarse en la primera infancia, aunque pueden no llegar a manifestarse plenamente hasta que las demandas sociales exceden las limitadas capacidades

D. El conjunto de síntomas crea interferencia en el funcionamiento del día a día.

Fuente: DSM - V (2014: pp. 28,29)

Este manual establece además los niveles del trastorno en función del grado de ayuda que necesita, tal y como se muestra en la siguiente tabla:

GRADO DE AYUDA:

	COMUNICACIÓN SOCIAL	GRADO 2
GRADO 1: REQUIERE AYUDA	Sin ayuda in situ, las deficiencias en la comunicación social causan problemas importantes. Dificultad para iniciar interacciones sociales y ejemplos claros de respuestas atípicas o insatisfactorias a la apertura social de otras personas. Puede parecer que tiene poco interés en las interacciones sociales. Por ejemplo, una persona que es capaz de hablar con frases completas y que establece comunicación, pero cuya conversación amplia con otras personas falla y cuyos intentos de hacer amigos son excéntricos y habitualmente sin éxito.	La inflexibilidad de comportamiento causa una interferencia significativa con el funcionamiento en uno o más contextos. Dificultad para alternar actividades. Los problemas de organización y de planificación dificultan la autonomía.
GRADO 2: NECESITA AYUDA NOTABLE	Deficiencias notables de las aptitudes de comunicación social verbal y no verbal; problemas sociales aparentes incluso con ayuda, in situ; inicio limitado de interacciones sociales; y reducción de respuesta o respuestas no normales a la apertura social de otras personas. Por ejemplo, una persona que emite frases sencillas, cuya interacción se limita a intereses especiales muy concretos y que tiene una comunicación no verbal muy excéntrica.	La inflexibilidad de comportamiento, la dificultad de hacer frente a los cambios u otros comportamientos restringidos/repetitivos aparecen con frecuencia claramente al observador casual e interfieren con el funcionamiento en diversos contextos. Ansiedad y/o dificultad para cambiar el foco de acción.
GRADO 3: NECESITA AYUDA O APOYO MUY NOTABLE	Las deficiencias graves de las aptitudes de comunicación social verbal y no verbal causan alteraciones graves del funcionamiento, inicio muy limitado de las interacciones sociales y respuesta mínima a la apertura social de otras personas. Por ejemplo, una persona con pocas palabras inteligibles que raramente inicia interacción y que, cuando lo hace, realiza estrategias inhabituales solo para	Las deficiencias graves de las aptitudes de comunicación social verbal y no verbal causan alteraciones graves del funcionamiento, inicio muy limitado de las interacciones sociales y respuesta mínima a la apertura social de otras personas. Por ejemplo, una persona con pocas palabras

	cumplir con las necesidades y únicamente responde a aproximaciones sociales muy directas. La inflexibilidad de comportamiento, la extrema dificultad de hacer frente a los cambios y otros comportamientos restringidos/repetitivos interfieren notablemente con el funcionamiento en todos los ámbitos. Ansiedad intensa/dificultad para cambiar el foco de atención.	inteligibles que raramente inicia interacción y que, cuando lo hace, realiza estrategias inhabituales solo para cumplir con las necesidades y únicamente responde a aproximaciones sociales muy directas. La inflexibilidad de comportamiento, la extrema dificultad de hacer frente a los cambios y otros comportamientos restringidos/repetitivos interfieren notablemente con el funcionamiento en todos los ámbitos. Ansiedad intensa/dificultad para cambiar el foco de atención.
--	---	---

Fuente: DSM - V (2014: pp. 31,32)

4. Categorías del TEA.

Como se ha visto en el punto anterior el DSM- V no establece categorías o tipos de autismo, sino que engloba todos los clasificados anteriormente como “Trastorno del Espectro del Autismo”, incluyendo aquí el Autismo, el Síndrome de Asperger, el Trastorno Desintegrativo Infantil y Otros trastornos generalizados del desarrollo no especificados, desapareciendo de este espectro del síndrome de Rett. Para el DSM- V, no existen tipos, sino que es un continuo de grados, según necesiten las personas afectadas más o menos apoyo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su última actualización del sistema de clasificación internacional de enfermedades CIE -11, sigue la misma línea de diagnóstico del DSM-V y establece una única categoría: “Trastorno del Espectro del Autismo”. Esta clasificación, añade una diferencia importante con respecto a la clasificación del DSM-V que es la necesidad de diferenciar el autismo con o sin discapacidad intelectual, ya que el DSM sólo indica que el autismo y la discapacidad se pueden dar simultáneamente.

Con esta clasificación la OMS define el autismo como un trastorno que se caracteriza por la constante dificultad en el inicio y mantenimiento de relaciones interpersonales y de comunicación y por el mantenimiento de una serie de patrones de conducta restrictivos, repetitivos, rígidos y tenaces.

A modo general, el TEA se inicia en el primer desarrollo de la infancia, aunque los síntomas pueden no manifestarse hasta que es necesario utilizar las capacidades de interacción social en edades más avanzadas.

En el CIE-11 aparece una diferencia con el DSM-V que es que no marca el necesario cumplimiento de una serie de criterios para establecer el diagnóstico dejando hueco al criterio clínico. En esta clasificación desaparece el Síndrome de Asperger, el Síndrome de Rett y el Trastorno desintegrativo de la infancia, formando un todo llamado “Trastorno del espectro autista”.

Con lo dicho, puede afirmarse que en la actualidad y atendiendo a las clasificaciones más reconocidas a nivel internacional, DSM y CIE, los diagnósticos de autismos están englobados todos en un concepto amplio denominado “Trastorno del Espectro autista” (TEA), caracterizado por dificultades en las interacciones y la comunicación social, y patrones del comportamiento repetitivos y restrictivos.

5. Áreas del desarrollo en los niños con TEA.

5.1. Comunicación y lenguaje.

Una de las áreas más afectadas en el TEA es el área del lenguaje y la comunicación. Esta dificultad es algo inherente al TEA y está muy relacionada con los problemas conductuales que presentan. Narayanan (2013) expone que la mayoría de los problemas de comunicación están relacionados con la abstracción del lenguaje. Cuando se adquiere el lenguaje, estos niños aprenden palabras y las relaciones entre palabras con significados similares, pero no adquieren los patrones del lenguaje. Los niños con TEA pueden aprender un lenguaje funcional, con un extenso número de palabras y vocabulario, pero pueden manifestar serios problemas para comunicarse ya que el vocabulario es un vocabulario poco creativo y flexible. La mayoría de los niños con TEA aprenden palabras que utilizan de forma repetitiva y con un significado literal, no son capaces de dar interpretaciones o significados distintos a una

misma palabra. García (2002) marca las siguientes características como definitorias del lenguaje de las personas con autismo:

- Ecolalia: esta característica hace referencia a la repetición de palabras y frases que escuchan a otras personas. Este fenómeno es normal en el desarrollo del lenguaje, pero si es un indicador de autismo cuando se produce en edades posteriores a los tres años. La ecolalia puede ser inmediata o diferida, la primera hace referencia a la repetición en el mismo momento, pasados unos segundos o minutos de algo que ha escuchado a otra persona, en la televisión, ... y la segunda es aquella que se produce un tiempo después que puede ser meses, por lo que la repetición no estará en el contexto. Estas repeticiones o ecolalias pueden ser “literales” es decir repiten exactamente lo que han escuchado incluso con el mismo tono de voz, o puede ser una ecolalia matizada en donde la repetición incluye pequeñas modificaciones o añadidos al mensaje original.
- Inversión pronominal: las personas con TEA presentan una gran dificultad para referirse a sí mismos utilizando el pronombre “yo”, refiriéndose a sí mismo, de modo general, en segunda o tercera persona, o empleando el nombre propio.
- Semántica: las personas con autismo no muestran problema a la hora de adquirir vocabulario referido a conceptos simples o categorías específicas, sin embargo, comienzan a adquirir vocabulario referido a objetos inanimados. La adquisición de los verbos es muy dificultosa y limitada, sobre todo, para la expresión de estados de ánimo, sentimientos o deseos. Marchena González (1992) añade la dificultad para emplear términos referidos al espacio y al tiempo.
- Disprosodia: uno de los rasgos diferenciadores que se percibe al hablar con una persona con TEA, es el tono de voz que utilizan caracterizado por ser alto y monótono. La entonación es ascendente y en muchas ocasiones, aunque entonen las frases esta entonación es inapropiada ya que pueden entonar una frase declarativa como interrogativa, por ejemplo.
- Trastornos de la pragmática: las personas con autismo pueden adquirir un lenguaje sofisticado en cuanto al vocabulario, pero la capacidad comunicativa está muy alterada. Presentan graves dificultades para mantener una comunicación social adecuada, como la dificultad para entablar conversaciones significativas, no siendo capaces de incluir información que permita seguir un hilo argumental; La falta de

intención comunicativa y el poco o inexistente contacto visual, llegando en ocasiones a hablar dando la espalda al interlocutor.

Estas dificultades de la comunicación no se dan del mismo modo en todos los niños con TEA, sino que va a depender del grado dentro del espectro autista en el que se sitúe cada uno.

5.2. Interacción social.

La interacción social es otra de las habilidades que los niños con TEA tienen afectada, ya que presentan problemas a la hora de comprender las emociones e intenciones de las personas con las que tienen relación. Por esta dificultad, se relacionan de una forma peculiar, que ya Lorna Wing (1982) referencia en distintos estilos de interacción:

- Estilo “Reservado”: en este grupo se incluyen aquellos niños que muestran menos interacción social, llegando a rechazar la interacción que otros le proponen.
- Estilo “Pasivo”: son aquellos niños que no inician ni continúan la interacción pero que sí responden si otra persona inicia dicha interacción. Es un patrón limitado de interacción, ya que suele estar basada en responder y obedecer a lo que otro propone, no serían capaces de mantener una interacción recíproca.
- Estilo “Activo extraño”: son aquellos que responden a la interacción que otra persona propone e incluso inician ellos esa interacción, pero se denomina extraña, porque a pesar de iniciar la interacción solo se realiza en función de sus intereses, de sus conductas repetitivas, buscando que toda la conversación gire en torno al tema que le interesa. Además, esta interacción es iniciada sin tener en cuenta la idoneidad del momento, por ejemplo, no se preguntan si en ese momento la persona puede atender su demanda.

Con el apoyo adecuado, los niños con TEA podrían mejorar la interacción social, ya que no es que no se relacionen con otras personas, es que tienen alterada la capacidad para procesar la información necesaria para dicha interacción social, generalmente, íntimamente relacionada con las dificultades señaladas en el área del lenguaje. En esta área siguiendo Frontera (2012) señala los siguientes puntos de intervención:

- La influencia del comportamiento en las interacciones sociales.
- Dotar a los niños con TEA de estrategias que le permitan una interacción social efectiva.

- Proporcionar habilidades de autoconocimiento y expresión de las propias emociones y pensamientos, así como el reconocimiento y comprensión de las de los demás.

5.3. Conducta motriz.

Alonso (2016) concluye que los niños afectados con TEA presentan dificultades en la conducta motriz, mostrando alteraciones tanto en la motricidad fina como en la gruesa.

El desarrollo motor se muestra afectado en los diferentes hitos de este desarrollo, así es frecuente que se puedan observar retrasos en el gateo o en los primeros pasos. Presentan además otras características motoras distintivas como:

- El tono muscular: los niños con TEA pueden presentar alteraciones en el tono muscular, así en ocasiones presentan Hipotonía, es decir, se muestran como si tuvieran los músculos blandos y buscan apoyo ya que no son capaces de mantenerse erguidos durante un tiempo prolongado. De forma menos frecuente, aparece la rigidez muscular, es como si estuvieran siempre tensos. Estas variaciones en el tono muscular, hace que sufran caídas con frecuencia, que muestren movimientos torpes o incluso que se cansen fácilmente, ya que actividades fáciles para otros niños pueden suponer para ellos un gran esfuerzo.
- Acinesia: la acinesia consiste en una pérdida de movimientos que en TEA se presenta de forma bastante común.
- Bradicinesia: en TEA también aparece con frecuencia esta dificultad caracterizada por la lentitud de movimientos voluntarios que está asociada a la disminución de movimientos automáticos, como puede ser el balanceo de brazos al caminar.
- Alteraciones en la postura: las dificultades musculares, descritas anteriormente, provocan que los niños con autismo presenten alteraciones en el control de la postura que pueden desencadenar en problemas músculo - esqueléticos.
- Alteraciones en la marcha: los niños con autismo suelen presentar una forma de caminar típica, así es frecuente que caminen de puntillas lo que propicia pérdidas de equilibrio con el consiguiente aumento de caídas. Suelen dar pasos cortos y aumentar la fase de apoyo, en ocasiones, la forma de caminar recuerda a la peculiar forma de caminar del Parkinson. Este modo de andar repercute en actividades de la vida normal del niño como puede ser jugar, hacer deporte... y además genera dolor, fatiga, o problemas de articulaciones en los pies que llegan a afectar a la funcionalidad del niño.

- Dificultades en la planificación motora: muchos niños autistas, presentan problemas a la hora de decidir cómo van a realizar un movimiento o cómo se van a trasladar de un lugar a otro. Este problema está asociado a la dificultad que tienen para imaginar el movimiento, entender cómo se va a realizar y poner en marcha y coordinar los músculos que tienen que intervenir.

6. Principales modelos y sistemas de intervención.

En el momento de intervenir con niños afectados por TEA hay acuerdo en que es necesaria una atención temprana, pero no existe unanimidad en cuánto al mejor modelo de intervención, debido fundamentalmente a la amplitud del espectro. Mulas y cols. (2010) basándose en la clasificación del grupo Mesibov (1997) hace un recorrido por los modelos de intervención que se han venido utilizando en el trabajo con TEA

- MODELOS O INTERVENCIONES PSICODINÁMICAS

Este modelo está prácticamente en desuso ya que basa su actuación en una interpretación del autismo como enfermedad mental. Defiende que los niños manifiestan la enfermedad como método defensivo ante padres con trastornos mentales.

- MODELOS O INTERVENCIONES BIOMÉDICAS

La utilización de diversos fármacos es la base para el tratamiento de los síntomas principales del autismo. No está claro que estos tratamientos funcionen, aunque en ocasiones los fármacos se usan para tratar otras enfermedades asociadas al TEA como la epilepsia o los trastornos del sueño. Las intervenciones biomédicas no se suelen llevar a cabo en edades tempranas y deberían partir siempre de una valoración sobre los efectos de los fármacos en la calidad de vida del niño.

Se incluye aquí también la medicina complementaria y alternativa, en la que se enmarcan, entre otras, las dietas libres de gluten o caseína, la evitación de la vacuna triple vírica o los suplementos vitamínicos, pero todavía no se ha podido demostrar la eficacia de estos tratamientos, aunque sí hay estudios que indican que algunos de los modelos presentan contraindicaciones.

- MODELOS O INTERVENCIONES CONDUCTUALES:

Las intervenciones psicoeducativas plantean el aprendizaje de habilidades y conductas, a través de la aplicación de técnicas estructuradas. Dentro de estos modelos destacan:

- Programa Lovaas: este modelo consigue mejorar notablemente habilidades como la atención, la obediencia o la discriminación, pero ha sido muy criticado porque se trata de un programa muy exhaustivo y estructurado, en el que se busca mejorar el coeficiente intelectual olvidando la reproducción de las conductas aprendidas en ambientes espontáneos, lo que lograría una mejora en la interacción y comunicación.
 - Método ABA: Análisis aplicado de la conducta. Tiene como fin promover el aprendizaje y la repetición de conductas deseadas a través de refuerzos positivos y la rescisión de las conductas negativas o no deseadas mediante refuerzos negativos o eliminación de consecuencias positivas.
 - Intervención conductual temprana intensiva: a través de técnicas como el apoyo visual y el refuerzo positivo, busca la mejora del lenguaje, y la disminución de trastornos del comportamiento.
- **MODELOS O INTERVENCIONES EVOLUTIVAS:**
Con estas intervenciones se pretende que el niño desarrolle relaciones significativas con otras personas. Están centradas en el aprendizaje de técnicas y habilidades sociales y de comunicación que le sirvan para la vida diaria.
- **MODELOS O INTERVENCIONES BASADAS EN TERAPIAS:**
Con ellas se trabajan las dificultades específicas:
- Desarrollo de las habilidades de comunicación: estos programas se basan en la dificultad que tienen los niños autistas para comunicarse, se parte de la utilización de estrategias visuales, lenguaje de signos, historias sociales, intercambio de imágenes, entrenamiento en comunicación funcional.
 - Desarrollo de habilidades sensoriomotoras: entrenamiento en habilidades de integración auditiva y sensorial.
- **MODELOS O INTERVENCIONES BASADAS EN LA FAMILIA:**

Se parte en este tipo de intervenciones, en la creencia de la importancia de incluir a la familia en los tratamientos del niño. Es necesario que la familia reciba aprendizajes e información sobre el espectro.

- Programa Hanen: este programa pretende que las familias de niños afectados menores de 6 años, aprendan a comunicarse con ellos. Se trata de desarrollar las habilidades de comunicación dentro del contexto familiar.
- “Early Bird Program”: este programa dirigido a familias con niños menores de 5 años, pretende ayudar a las familias en la etapa que va desde el diagnóstico del TEA hasta la escolarización. Trata de trabajar la comunicación y la interacción social.
- **MODELOS O INTERVENCIONES GLOBALES:**
 - Sistema TEACCH:
Busca la mejora de las habilidades de la persona con TEA y la modificación del entorno para lograr un mejor desarrollo. Es un sistema completo que incluye programas para el desarrollo de las habilidades en la persona con TEA, de apoyo a la familia, programas de ocio, de escolarización e incluso de inserción y orientación laboral. Trabaja con ambientes estructurados.
 - Modelo Early Start de Denver:
Este modelo pretende el desarrollo de las habilidades sociales y de comunicación a través del juego, trabajando a nivel individual con el niño, pero también con la familia y en el contexto escolar. Se marcan objetivos a corto plazo para mejorar la comunicación, la motricidad, la imitación, la mejora de la conducta, ... implicando a las personas del entorno del niño en este desarrollo.

B. EQUINOTERAPIA

1. Las intervenciones asistidas por animales.

A lo largo de la historia existe evidencia científica de que la convivencia con animales produce efectos positivos en la salud como la disminución del estrés, el fomento del ejercicio físico, la mejora de las relaciones con otras personas ya que en el contacto con animales aporta seguridad emocional y mejora de la autoestima, e incluso ayuda a superar miedos. De

hecho, numerosos autores han trabajado para dar importancia al trabajo con animales como medio de mejora de la salud, así Muñoz Lasa y colaboradores (2012) concluyen que hay suficiente evidencia de la relevancia de las intervenciones asistidas con animales como modalidad terapéutica, pudiendo demostrarse buenos resultados en el área de la neurorehabilitación. Es importante a la hora de hablar de Intervenciones asistidas con animales distinguir varios conceptos: terapia asistida por animales, educación asistida por animales, actividades asistidas por animales y programas de animales de servicio.

- Terapia asistida por animales (TAA): se trata de una intervención formal enmarcada dentro de un proceso de rehabilitación y con unos objetivos terapéuticos establecidos. En esta terapia el animal adquiere gran relevancia ya que actúa como coterapeuta. La terapia asistida por animales tiene que partir de un diagnóstico específico e integrarse con un tratamiento multidisciplinar. La terapia está dirigida por un profesional sociosanitario (trabajador social, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, ...) y busca mejoras funcionales en la persona a nivel físico, psicológico, sensorial y social. Este tipo de terapias pueden realizarse individualmente o en grupo, pero siempre deben ser analizadas y documentadas, los resultados obtenidos deben incluirse en la historia clínica de cada participante.

Existen diferentes modalidades de Terapia asistida con animales, entre las que destacan las terapias con animales de compañía, como perros y gatos, la equinoterapia, y la delfinoterapia.

- Educación asistida por animales (EAA): Este tipo de actividad, al igual que la anterior, tiene un carácter formal y está dirigida por un profesional de la educación, como puede ser un maestro, un psicopedagogo, ... Busca la mejora de aspectos curriculares y se basa en la evaluación de las necesidades de cada participante y el establecimiento de objetivos concretos. Aquí el animal y su guía, y el profesional de la educación forman el equipo multidisciplinar. Para desarrollar la actividad se integra el animal en el aula, o en aulas de apoyo.

Son varios los animales que se utilizan como cobayas, o gatos, aunque el animal que se utiliza con más frecuencia es el perro.

- Actividades asistidas por animales (AAA): este tipo de actividades son actividades informales que tienen como objetivo la interacción entre el hombre y el animal, de forma que se mejore la socialización, la motivación, y en gran medida la calidad de vida, de la persona participante. Estas actuaciones tienen un carácter más flexible y

suelen enmarcarse dentro de programas de ocio, por ejemplo, en campamentos, actividades extraescolares, talleres de asociaciones, ...

Estas actividades utilizan animales distintos animales como perros, gatos, animales de granja.

- Programas de animales de servicio (PAS): aquí se utilizan animales entrenados para ayudar a las personas en las dificultades funcionales de su vida diaria, por ejemplo, la utilización de perros guía.

Dentro de las intervenciones asistidas con animales, tenemos que destacar la equinoterapia, ya que en el trabajo con TEA está demostrado que aporta numerosos beneficios tal y como se expondrá en apartados posteriores.

2. Equinoterapia: Concepto.

La equinoterapia se basa en la utilización del caballo como instrumento para llevar a cabo una intervención terapéutica en áreas como la salud, la pedagogía y la psicología. Está considerada como una terapia complementaria, que no puede ni debe reemplazar a otras terapias o intervenciones como la física o farmacológica. Estamos hablando de una intervención terapéutica interdisciplinar en la que varios profesionales deben trabajar aportando a la persona participante las mejores alternativas.

La Equinoterapia se conoce además como terapia ecuestre, rehabilitación ecuestre o terapia asistida por caballos.

El instrumento principal en esta terapia es el caballo, que debe reunir una serie de características:

- Caballos de al menos 8 años de edad que ya hayan sido domados, generalmente, se utilizan caballos que ya no desarrollen ciertas disciplinas como caballos de cuerda, de salto...
- Debe tener un carácter confiado, tranquilo y tener disposición al trato con personas.
- Su estructura corporal también es importante, ya que son mejores los caballos con una estructura rectangular que ofrezca suficiente espacio para que lo monten dos personas y a su vez tiene que ser un caballo fuerte y musculoso, con suficiente resistencia para aguantar el peso de dos personas.
- La altura sobre 1,70 es una altura ideal para que la persona se pueda desplazar con facilidad.

Principios terapéuticos

La Equinoterapia, en sus diversas modalidades, produce cambios tanto a nivel físico como psicológico y emocional en la persona participante, aprovechando las características propias del caballo para producir esos cambios. Así la equinoterapia, según Sierra (2010) se basa en:

- La transmisión del calor corporal del caballo: durante la terapia se aprovecha el calor del animal, que es mayor que el humano para distender y relajar la musculatura de la persona participante. El caballo durante el trabajo puede alcanzar los 38,8 °C, que se transmite al cuerpo del jinete, sobre todo al tren inferior que es el que está en contacto con el animal. Se procura montar sin silla con el fin de establecer mayor contacto y así favorecer la relajación de la musculatura. Está comprobado que se produce relajación y distensión principalmente de los músculos abductores, los muslos y los glúteos, pudiendo llegar la distensión de los abductores hasta seis horas después de la terapia. Se realizan además ejercicios tumbados, que a través del calor provocan efectos positivos como la estimulación de los intestinos.
- La transmisión de sus impulsos rítmicos: El caballo durante el trote transmite, entre 90 y 110 impulsos por minuto a la pelvis del jinete, aumentando si va al galope. Estos impulsos pasan del lomo del caballo a la pelvis y columna vertebral del jinete, y van a provocar que la persona que monta regule sus movimientos y su postura corporal para adaptarse al caballo. Estos movimientos de reajuste estimulan los músculos de la pelvis, lumbares, abductores, ... provocando beneficios a nivel muscular y articular.
- La transmisión de un patrón de locomoción: el patrón de movimiento del caballo es similar al patrón de locomoción de los humanos, por lo que el montar a caballo supone un aprendizaje y avance importante para personas que tienen dificultad de movimientos, de equilibrio, de coordinación y estabilización.

Es importante tener en cuenta que a la hora de montar a caballo no se realiza sólo esa actividad, sino que establece una relación con el caballo que va a ser fundamental en la terapia, desde el punto de vista:

- Se establece una relación de compañerismo con el caballo. Si se establece una buena relación con el caballo, siempre van a responder con afecto.
- Se entra en un momento de paz, de calma, potenciada por el momento de trabajo con el caballo que aporta seguridad, relajación.
- Autocontrol: la persona siente que, si puede dominar al caballo, también puede dominarse a sí mismo, por lo que otorga capacidad de control.

- Establecimiento de vínculos: la relación que se establece con el caballo, hace que la persona sienta que puede establecer vínculos afectivos, no sólo con el animal, sino que puede extrapolarlo a las personas.

3. Tipos de equinoterapia.

El Congreso Internacional de Equitación Terapéutica en Toronto en 1988, se establece la primera clasificación de la terapia asistida por animales o equinoterapia en tres tipos: hipoterapia, equitación terapéutica y equitación adaptada. Más adelante en 1991, la Federación Internacional de Equitación para Minusválidos, reafirma esta clasificación que se mantiene en la actualidad, enmarcándolas en las denominadas Terapias Ecuestres (TEAC). Según esta clasificación, siguiendo a Arias y Moretin (2008), se puede hablar de:

- Hipoterapia: terapia que busca la rehabilitación de personas con una discapacidad severa y que casi no pueden ejercer control sobre el caballo. En este tipo de terapia, la persona que participa, siempre tiene que montar con el terapeuta ya que no es autosuficiente.
- Equitación Terapéutica: busca el tratamiento de problemas físicos, la modificación de conductas y comportamientos inapropiados y el entrenamiento en habilidades cognitivas y sociales. Está pensada para personas con un tipo de discapacidad que le permite ejercer control sobre el caballo.
- Equitación Adaptada: este tipo de terapia ecuestre sería aquella que utiliza la metodología de la equitación, utilizando las herramientas y estrategias necesarias para hacer las adaptaciones que cada persona con discapacidad requiera.

Esta clasificación utiliza como criterio de clasificación la discapacidad del jinete, por lo que hay patologías y tipos de terapias que quedan excluidas de la clasificación. Por ello, en este trabajo se propone la clasificación aportada por la Asociación Española de Equinoterapia (AEDEQ), en la que se incluyen “todas las actividades realizadas con equinos que se dirigen a conseguir algún beneficio para la calidad de vida de todos los implicados en las actividades”. Esta asociación habla de intervenciones asistidas por equinos (IAE) y las divide en tres secciones: terapias, educación y ocio. Dentro de las terapias, tema que nos ocupa en este momento, realiza la siguiente clasificación:

- Hipoterapia: este tipo de terapia pensada para personas con discapacidad física o de movilidad reducida, sería el primer paso de la equinoterapia y busca rehabilitar las funciones físicas y neurofisiológicas de la persona participante, a través del contacto

con el caballo. El terapeuta que monta con la persona afectada, utiliza el calor del caballo y sus movimientos rítmicos para realizar la intervención.

La AEDEQ destaca que es adecuada para personas con discapacidad física como: “Acondroplasia, Ataxia de Friedrich, Diplejía espástica, Hemiparesia, Hipotonía y retraso psicomotor inespecífico, Lesiones cerebrales, Parálisis Cerebral, Síndrome Smith Magenis, Síndrome de Rett, Tetraparesia espástica, Trastornos de coordinación y retraso psicomotor”

- Psicoterapia asistida por caballos: Este tipo de terapia, también conocida como Equitación Psicopedagógica, busca que las personas participantes mejoren sus habilidades comunicativas, de aprendizaje y de adaptación. Se destaca que además de la monta del caballo, como parte de la terapia, se realizan otras actividades como cuidar de ellos. Se trata de que sean actividades lúdicas y motivadoras, en las que la persona que participa pueda comunicarse efectivamente con el caballo, para luego extrapolar la comunicación a su vida cotidiana. Mediante el trabajo con el caballo se busca mejorar la independencia y la afectividad del participante. La asociación, especifica que este tipo de terapia es adecuada para: “Personas con trastornos psicológicos (Ansiedad, Depresión, Distimia, TOC, Hiperactividad, Esquizofrenia, Psicosis), personas con afecciones cognitivas (Autismo, Síndrome de Down, Parkinson, Retraso Psicomotor, Discapacidad sensorial), y personas con dificultades de aprendizaje (Déficit de atención, Falta de lenguaje o lenguaje empobrecido, Ecolalias)”.
- Terapia social: por último, dentro de las terapias, estaría la terapia social en la que se realizan actividades con caballos con el fin de establecer relaciones afectivas con los mismos, de modo que las personas participantes trabajen la forma de resolver conflictos, a través de actividades basadas en el respeto y en la confianza con el caballo. La AEDEQ afirma que este tipo de terapia es adecuada para: “personas con problemas conductuales tales como: inseguridad, fobias, baja autoestima, trastorno bipolar, adicciones, ansiedad, depresión, personalidad límite, esquizofrenia”.

4. Objetivos y beneficios de la equinoterapia.

Autores como Engel (1997), Lázaro (2000) y Pérez (2008), establecen los siguientes objetivos de la Equinoterapia.

Objetivo General:

- Usar al caballo para proporcionar a la población una terapia que favorezca del desarrollo de las capacidades físicas, sociales y comportamentales.

Objetivos Específicos:

Estos autores destacan varios objetivos de la equinoterapia clasificados en tres áreas fundamentales: área cognitiva, área social y área psicomotriz.

- Área cognitiva:
 - Atención: Estimular la atención sostenida a través de la realización de una tarea.
 - Percepción: Percibir y reconocer estímulos del entorno.
 - Memoria: Retener, evocar y utilizar sentimientos, pensamientos e información de manera activa.
 - Lenguaje: Fomentar la necesidad de utilizar el lenguaje para expresar necesidades y sentimientos.
- Área social:
 - Establecer vínculos afectivos a través del desarrollo de la autoestima y el conocimiento.
 - Favorecer el desarrollo de las habilidades sociales como medio de interactuar con los demás y con el entorno.
- Área psicomotriz:
 - Mejorar habilidades como la coordinación motora, el esquema corporal, el equilibrio, la coordinación, así como, la psicomotricidad fina y gruesa.

5. Beneficios de la equinoterapia en niños con TEA.

Son muchos los estudios que concluyen que la Equinoterapia resulta beneficiosa en el trabajo con los niños con TEA. Falke (2009) señala que la equinoterapia resulta beneficiosa en tres ámbitos principalmente: a nivel cognitivo, a nivel comunicativo y a nivel de personalidad, además del área motora y psicomotricidad. Por lo que estos beneficios resultan esenciales en el trabajo con los niños afectados por el espectro autista.

Bouzo y Pino (2015) destacan que a nivel psicomotricidad la equinoterapia mejora la postura corporal, el equilibrio, la motricidad fina y gruesa. Maciques (2013) pone el acento en el desarrollo de las habilidades motoras, pero también cognitivas y sociales a través de la equinoterapia. Gross (2006) concluye que en el trabajo con TEA a través de la Equinoterapia se busca la mejora de las habilidades sociales y de comunicación, del lenguaje, de las

capacidades cognitivas además de la aceptación de las reglas de conducta y convivencia social. Todos ellos están de acuerdo en los beneficios de usar la Equinoterapia como terapia complementaria en el tratamiento de los niños con autismo, y así podemos destacar los siguientes, siguiendo a Almazán (2009):

- Área psicológica: mejora de la atención, la memoria, la autoestima, el autocontrol y la autoconfianza.
- Área del lenguaje y la comunicación: mejora de la articulación de las palabras, aumento del vocabulario y mejora de la comunicación verbal y no verbal.
- Área psicomotriz: mejora del estado físico a nivel general como consecuencia del desarrollo de la musculatura y de la mejora del equilibrio y la coordinación.
- Área de la socialización: aumento de las relaciones sociales y de la integración social fuera de su entorno familiar.

Como puede desprenderse de lo explicado en estos puntos anteriores, una de las áreas que resultan beneficiadas a través de la Equinoterapia con niños con TEA, es el área de la comunicación y la interacción social, debido a la confianza y seguridad que se despierta en el niño en su interacción con el caballo. Por todo esto, se plantea el diseño de un proyecto de intervención en las habilidades sociales a través de la equinoterapia para niños y niñas afectados por el trastorno del espectro autista.

4. TRABAJO SOCIAL Y EQUINOTERAPIA.

La función del trabajador social en este ámbito es conseguir una interacción grupal y junto al equipo interdisciplinario lograr una orientación familiar y un apoyo psico-afectivo. En este campo, el trabajo social es una parte muy desconocida ya que tiene un escaso reconocimiento profesional, cabe destacar que muchos de los profesionales del trabajo social no sabrían cómo actuar en este tema o apenas tienen conocimiento de en qué consiste la terapia con caballos y cómo podrían actuar profesionalmente desde el trabajo social.

En el caso de las familias que necesitan un apoyo constante, el trabajador social es una figura muy importante para ellos, por lo que se convierte en una parte fundamental de la terapia ya que los padres que asistan a la terapia con sus hijos valoran mucho cada pequeño avance que noten. Por otro lado, la terapia asistida con caballos fomenta al usuario a desarrollar su integración social y comunitaria, por lo tanto es en ese momento donde el trabajador social

debe actuar. Los casos de usuarios en riesgo de exclusión social pueden conseguir la inserción en la sociedad mediante técnicas de rehabilitación social.

En muchas ocasiones, en la equinoterapia, el trabajador social no es integrante del equipo interdisciplinar y esto no debería de ser así. Los trabajadores sociales tendríamos que sugerir nuevas ideas y alternativas y por lo tanto diversas vías de mercado de trabajo.

Me gustaría destacar algunas de las funciones que los trabajadores sociales realizan en la terapia asistida con caballos:

- Elaboración de proyectos.
- Dar apoyo a las familias y acompañarlas en los procesos de cambio.
- Dar información para poder costear las terapias.
- Orientación sobre los servicios y prestaciones que ofrece la Ley de autonomía personal.
- Búsqueda de recursos para informar y asesorar a las familias

5. PROPUESTA DE NEGOCIO.

1. Justificación

Belinchón (2001) expone que la vida diaria de las personas afectadas con TEA en la mayoría de las ocasiones no es fácil, ya que cubrir las necesidades de la persona afectada puede causar un nivel alto de estrés en las familias por no saber cómo cubrir estas necesidades o cómo encontrar los recursos o la ayuda necesaria. Por ello, este autor destaca el papel del trabajador social como facilitador en el trabajo tanto con personas con TEA como con las familias desempeñando funciones como:

- Proporcionar información sobre diferentes recursos y tratamientos para mejorar la vida de la persona con TEA y de las relaciones familiares.
- Facilitar momentos de ocio para la persona con TEA en los que pueda compartir espacio y actividades con otros niños y niñas que se encuentren en una situación similar.
- Proporcionar apoyo a las familias para mejorar las relaciones y el desarrollo de las actividades de la vida diaria.

Las necesidades de cada familia van a variar en función de factores importantes como la edad, la capacidad de comunicación de la persona con autismo, la posibilidad de interacción de la misma con el entorno y la presencia o no de problemas de conducta, entre otras.

En el marco teórico se ha presentado la Equinoterapia como una terapia complementaria que mejora las habilidades sociales y de comunicación de las personas con TEA, por eso el Trabajador Social, tiene una importante labor de difusión de este tipo de terapia como parte de su trabajo para facilitar recursos y terapias que mejoren la calidad de vida de las personas con autismo y sus familias. Por lo expuesto anteriormente, se presenta una propuesta de negocio en el que se combinará la experiencia de la autora como jinete, unido a la titulación en la que se está formando como trabajadora social, diseñando y proponiendo una línea de negocio en el Centro Ecuestre Grañena en Jaén.

2. Idea de negocio.

La idea que se plantea es crear una unidad de equinoterapia que se incluirá en el centro ecuestre Grañena. Esta unidad estará especializada en la atención a niños y adolescentes con TEA, en la que además de proporcionar terapias a las personas afectadas de TEA facilitará a las familias información y asesoramiento, convirtiendo el centro de equinoterapia en un punto o red de apoyo para estas familias.

3. Propuesta de Modelo Canvas

Con la aplicación del modelo Canvas se realizará un estudio de la propuesta de negocio atendiendo a los nueve puntos fundamentales que propone este modelo, siguiendo la plantilla de Osterwalder, A., Pigneur, Y. (2009)



Fuente: Canva.

3.1. Asociaciones clave.

Para poner en marcha el negocio se establecerán varias alianzas que serán clave para la puesta en marcha del proyecto. En primer lugar, se requiere formar una asociación o alianza con el tejido de asociaciones relacionadas con el autismo en la provincia de Jaén, ya que pueden desarrollar un papel fundamental como difusores de las terapias y servicios que se ofrecerán desde el centro ecuestre. Concretamente, en nuestro contexto, se considera que las asociaciones clave para formar parte de esta red deberían ser:

- Asociación Provincial de Autismo Juan Martos de Jaén.

La colaboración con esta asociación es importante, dado el volumen de usuarios que presenta. La asociación tiene cuatro sedes en Linares, Jaén, Baeza y Andújar, por lo que, a través de esta colaboración, se cubre un amplio territorio en la provincia.

La Asociación se presenta como un elemento esencial, debido a su servicio de atención temprana centrado en la familia, ya que en el negocio que se plantea, también se pretende dar cobertura a las familias, no sólo a los niños y niñas afectados por el trastorno.

- Asociación Asperger - TEA:

Esta asociación pretende aportar apoyo a las personas con Asperger, atendiendo a las diferentes necesidades de cada etapa de la vida, por ello podría ser otro colaborador

difusor de mi negocio. Esta asociación desarrolla varios programas que podrían verse complementados con la equinoterapia que se ofrece en el centro hípico.

- Federación Autismo Andalucía:

Engloba a la gran mayoría de asociaciones de autismo de la comunidad andaluza y tiene como misión “velar por la calidad de vida de las personas con TEA y sus familias a lo largo de todo su ciclo vital” (Autismo Andalucía), por lo que considero que la asociación podría difundir los servicios de mi negocio, como medio para mejorar la calidad de vida de sus asociados.

En segundo lugar, se pretende forjar una alianza con profesionales sanitarios que intervienen con las personas afectadas con TEA, para ello se establecerá contacto con los centros de atención primaria como primeros canalizadores de la información del negocio y de la implantación de la equinoterapia como método de trabajo con autismo. En esta área será importante establecer una alianza con el Área Sanitaria Norte de Jaén, ya que ha creado un grupo de trabajo especializado en la atención a personas con TEA.

Así mismo, se establecerán contactos con clínicas privadas que tengan entre sus servicios la atención a personas con autismo.

Otra alianza a tener en cuenta sería la que se puede establecer con aquellos profesionales que trabajan directamente con personas con trastorno del espectro autista, para ello se contactará a través de los colegios oficiales que se presentan a continuación:

- Colegio Oficial de Psicología
- Colegio Oficial de Trabajo Social de Jaén
- Colegio Profesional de Terapeutas Ocupacionales de Andalucía. Este colectivo profesional trabaja habitualmente con personas con autismo, favoreciendo su desempeño ocupacional, por lo que constituye otro colectivo profesional con el que mantener contacto.
- Colegio Profesional de Fisioterapeutas: su trabajo es fundamental en el desarrollo de las terapias con caballos.

La alianza con profesionales también se realizará a través del contacto con gabinetes psicopedagógicos y de atención educativa a niños y niñas con autismo ubicados en la provincia de Jaén

Para finalizar se realizará una alianza con los equipos educativos especializados en el trabajo con autismo, para ello se establecerá contacto con el Equipo de Educación Educativa Especializado de Jaén, que a su vez, será punto de unión con los centros educativos que cuenten con áreas específicas para atención a niños y niñas con autismo.

3.2. Recursos clave.

Para poder implementar la unidad de Equinoterapia dentro del centro ecuestre Grañena es necesario tener en cuenta los recursos clave que se van a necesitar. Al hablar de recursos clave tenemos que tener en cuenta recursos financieros, humanos, físicos e intelectuales.

- Recursos financieros: El proyecto dispone de los recursos financieros del centro ecuestre Grañena, ya que se establecería como un área nueva de negocio dentro de uno ya existente, por lo que se aportaría un valor añadido al centro ecuestre. La puesta en marcha del centro de equinoterapia no supondrá una inversión inicial importante, ya que los recursos necesarios para poder implementar el negocio ya están disponibles en el centro ecuestre.
- Recursos humanos: Para implementar el proyecto será necesario contar con varios profesionales que se encargarán del mismo:
 - Una trabajadora social: encargada del diseño del programa de equinoterapia en colaboración con un médico supervisor y un fisioterapeuta, se encargará además de la relación con los agentes externos que van ayudar a desarrollar el programa.
 - Instructora de equitación: en este caso en concreto esta instructora sería la misma persona que ocupa el puesto de trabajadora social, ya que es aquí donde radica uno de los elementos importantes de este negocio, que es combinar la experiencia, de la persona que propone el negocio, como jinete y en el trato con los caballos, con su formación como trabajadora social.
 - Médico supervisor y fisioterapeuta: estos perfiles profesionales no formarán parte de la plantilla fija del centro ecuestre sino que serán contratados a modo “freelance”, cada vez que se inicie una terapia con un nuevo niño, para adaptar junto con la instructora de equitación la terapia a las características específicas de cada participante.
- Recursos físicos: incluimos aquí todos los materiales para llevar a cabo las sesiones de Equinoterapia y el punto de encuentro con las familias. Todos estos recursos ya están en el centro ecuestre, por lo que supone una ventaja a la hora de implementar la nueva unidad de negocio. Además también se incluyen donde se incluye el equipamiento y las infraestructuras necesarias para llevar a cabo el proyecto, tanto los relacionados con la atención a niños y niñas, como en la atención a sus familias.

3.3. Actividades clave.

La unidad de equinoterapia para niños y adolescentes con trastorno del espectro autista ofrecerá distintos servicios que constituirán su programa de intervención terapéutica, buscando alcanzar los siguientes objetivos:

Objetivo General: Ofrecer a las familias de niños y adolescentes con autismo un programa terapéutico y de ocio para trabajar las habilidades sociales y de interacción a través del contacto con caballos.

Objetivos Específicos:

- Facilitar momentos de interacción entre el niño y su familia a través de actividades de ocio.
- Proporcionar espacios de interacción y comunicación entre niños con TEA
- Implementar actividades de ocio que ayuden a desarrollar las habilidades comunicativas
- Establecer el centro hípico como red social de apoyo para familias con niños y adolescentes con TEA

El programa se desarrollará en torno a las siguientes actividades:

	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
ACTIVIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA	Equinoterapia Individual	Sesiones de 90 minutos en las que se combina el cuidado y mantenimiento del caballo con ejercicios de equinoterapia.
	Equinoterapia familiar	Sesiones de 90 minutos en las que participa el niño y un adulto de la unidad familiar con el fin de establecer vínculos comunicativos
	Intervención grupal	Sesiones de equinoterapia en las que participan un grupo entre 3 y 5 niños y/o adolescentes. Tienen una duración de 2 horas y combinan la participación en un taller de ocio con el fin de establecer un vínculo comunicativo entre los participantes
ACTIVIDADES DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA	Actividades de ocio familiar	Taller de ocio familiar
	Actividades de ocio	Talleres de ocio para el grupo después de la

	para grupos	equinoterapia
ACTIVIDADES COMBINADAS DE OCIO Y EQUINOTERAPIA	Actividades extraescolares	Jornadas de ocio y equinoterapia destinadas a la escuela inclusiva

EQUINOTERAPIA INDIVIDUAL

La intervención terapéutica individual a través de la equinoterapia es un servicio personalizado que se adaptará al máximo a cada usuario, por lo que se desarrolla en varias fases que facilitarán la personalización de la intervención:

- ➔ Reunión de la trabajadora social con la familia interesada en el servicio: en un primer momento se realiza una reunión con la familia para conocer el caso en concreto. En esta reunión se pretende conocer la problemática de cada niño que vaya a participar en la terapia: cuáles son sus características fundamentales, cuáles son las principales dificultades que presenta, tanto de comunicación como físicas. Se intenta además averiguar cuáles son las necesidades que la familia busca solventar a través de la participación en el programa, cuáles son sus expectativas. En esta reunión se marca con la familia los objetivos de intervención, es decir, qué tipo de servicio busca cada familia: un servicio de equinoterapia para el niño o adolescente con TEA, un servicio de ocio familiar, un servicio de ocio grupal, etc.
- ➔ Reunión de la trabajadora social con los profesionales sanitarios: después de la reunión con la familia la trabajadora social lleva a cabo una reunión con el médico supervisor y con el fisioterapeuta para establecer qué tipo de ejercicios serán los más adecuados para cada caso, qué actividades serían las más beneficiosas atendiendo a las peculiaridades médicas de cada participante.
- ➔ Reunión con el monitor/a de tiempo libre: al igual que con el personal sanitario se establecerá con el monitor de tiempo libre cuáles serían las actividades más adecuadas de ocio para cada participante, diseñando así su programa específico.
- ➔ Segunda reunión con la familia: en este momento una vez analizado en profundidad cada caso, la trabajadora social propone el plan de intervención individualizado para cada niño con TEA, se expone cuáles son las actividades más convenientes para su situación y se pautan con la familia las sesiones en las que va a participar. En este momento se firmará un consentimiento informado en el que la familia autoriza al menor a participar en el programa.

- Implementación de las sesiones de equinoterapia.
- Evaluación: cada programa tendrá un seguimiento evaluativo continuo en el que se evaluarán los progresos de cada niño y/o adolescente participante, con dos objetivos, conocer en qué medida se van consiguiendo los objetivos planteados para cada caso y establecer los ajustes de mejora en aquellos aspectos que no se están desarrollando de forma adecuada o no están consiguiendo los objetivos establecidos.

En estos programas de intervención individual se sigue una estructura tipo en cada sesión con una duración de 90 minutos de frecuencia semanal:

- Bienvenida: en un primer momento la monitora de equinoterapia recibe al niño y le presenta al caballo, es un momento de cercanía entre la monitora, el participante y el caballo.
- Preparar al caballo: es el momento de acercarse al caballo, para ello se le saca de la cuadra, se le cepilla y se le viste para la ocasión. Se realizan en este momento actividades que favorezcan la comunicación con el animal, como el cepillado y el acariciado.
- Ejercicios de equinoterapia: durante 30 minutos se realizan en el caballo los ejercicios de monta terapéutica establecidos en el plan individualizado diseñado en conjunto con el equipo médico.
- Despedida: se lleva de nuevo el caballo a la cuadra, se le quita el material que se haya utilizado para la sesión y se le agradece su ayuda en la sesión.
- Dependiendo de las sesiones que se contraten, al finalizar la sesión de equinoterapia, el niño participará en actividades de ocio que pueden ser familiares o con el grupo de iguales.

EQUINOTERAPIA FAMILIAR

Esta sesión sigue la misma estructura de la sesión de equinoterapia individual, con la diferencia de que durante toda la sesión el padre o la madre del niño participante, formará parte de la sesión, trabajando mano con mano con el niño. De este modo, a través de la interacción conjunta con el caballo se pretende establecer un vínculo del niño con el adulto, facilitando un nuevo momento de comunicación dentro de la dinámica familiar.

INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA GRUPAL

Se diseña un programa de actividades de intervención terapéutica grupal, en el que las personas participantes tendrán contacto con otros niños y adolescentes con su misma situación. Estas sesiones tendrán una estructura similar a las individuales: una primera parte de cuidado y mantenimiento del caballo y una segunda parte de actividades de equinoterapia. Estas actividades serán organizadas principalmente con las asociaciones relacionadas con autismo, siendo ofrecidas como parte de sus servicios para socios. Para poder llevarlas a cabo, es imprescindible establecer las alianzas mencionadas anteriormente con el tejido asociativo. Para ello este programa se desarrolla en tres fases:

FASE 1: Contacto con las asociaciones: La trabajadora social, después de contactar con cada una de las asociaciones mencionadas anteriormente, visitará cada una de ellas para dar a conocer el proyecto. En esta visita, se ofrecerán los servicios de la unidad de equinoterapia como servicio complementario a los propios servicios que las asociaciones ofrecen a sus usuarios. En este momento la trabajadora social, recaba información para diseñar el programa de intervención para cada asociación.

FASE 2: Diseño del programa: Con la información recogida, la trabajadora social, junto con el personal sanitario y el monitor de tiempo libre, diseñan el programa de actividades para cada asociación atendiendo a sus necesidades e intereses.

FASE 3: Puesta en marcha: se pondrá en marcha el programa de equinoterapia grupal, que consistirá en sesiones de 2 horas de duración, en las que el grupo participante disfrutará no sólo una sesión de equinoterapia en grupo, sino de algún taller de ocio complementario para así formar grupo, e intentar establecer un espacio que favorezca la interacción y la comunicación entre los participantes.

La estructura de las sesiones es similar a la de equinoterapia individual, con la diferencia de que la actividad se realizará en un grupo de 3 a 5 niños y/o adolescentes de características similares.

PROGRAMAS COMPLEMENTARIOS DE OCIO:

Se contempla en este apartado aquellas actividades de ocio que van a complementar el servicio de equinoterapia. Los talleres complementarios de ocio ofertados se dividen en tres áreas:

- **Actividades de ocio familiar:** Se da la posibilidad a cada familia que contrate los servicios de poder contratar un taller de ocio familiar.
- **Actividades de ocio para grupos:** complementario al servicio de equinoterapia, los grupos que acudan a las sesiones terapéuticas podrán contratar un taller diseñado específicamente para su grupo, en el que se trabajará de forma lúdica las habilidades sociales y de comunicación ofreciendo así herramientas para que los niños y adolescentes participantes mejoren su interacción social.

Se ofrecen los siguientes talleres de ocio complementario:

- Paseos y rutas a caballo en las inmediaciones del centro ecuestre Grañena.
- Talleres de artesanía: cestería, cuero, cerámica, elaboración de jabones y esencias naturales.
- Talleres relacionados con la naturaleza: reciclaje, huerto urbano, cultivo de plantas aromáticas.
- Talleres de alimentación saludable: métodos de cocina y conservación de alimentos.

ACTIVIDADES COMBINADAS DE OCIO Y EQUINOTERAPIA:

Esta actividad se plantea como actividad extraescolar de un día, para aquellos colegios que trabajen de forma inclusiva. Durante la jornada se realizarán actividades de acercamiento al caballo a través de proporcionarles los cuidados básicos, actividades de equinoterapia, y el disfrute de dos talleres complementarios de ocio que cada colegio puede escoger en función de los gustos y necesidades de cada grupo.

3.4. Propuesta de valor.

Este proyecto tiene varios puntos que lo hace ser diferente y por lo tanto aportar un valor diferencial al resto de programas de equinoterapia que se están desarrollando. El primer punto diferencial, es la situación privilegiada que aporta la titulación en trabajo social para la persona encargada de la equinoterapia. Este punto, supone un elemento diferencial ya que la trabajadora social se encargará de trabajar tanto con la familia como con el niño y los caballos, estableciendo una relación de confianza y obteniendo un conocimiento de cada caso y de cada familia que la dotará con una ventaja especial a la hora de diseñar el plan de intervención individualizado.

Las instalaciones del centro ecuestre Grañena, conforman también un elemento diferenciador, ya que el centro está totalmente acondicionado y tiene unas instalaciones óptimas para poder desarrollar tanto las actividades de equinoterapia, como las actividades de ocio.

La individualización, será también una seña de identidad para el programa, todas las intervenciones están diseñadas atendiendo a las necesidades, dificultades y expectativas de las familias y atendiendo a las peculiaridades de cada caso.

Las intervenciones diseñadas por un equipo multidisciplinar garantizarán una intervención específica para cada caso individual y también una adecuación máxima a cada grupo participante, todas las actividades son personalizadas según el grado de afectación del participante y sus necesidades tanto terapéuticas como de intervención psicosocial. Los programas complementarios de ocio, aportarán valor añadido al programa, ya que, en la mayoría de las ocasiones, las sesiones de equinoterapia son sólo un servicio de ejercicios terapéuticos para el usuario participante, aquí se pretende fomentar la interacción y la comunicación social a través de la participación en actividades de ocio. Dentro de los programas complementarios de ocio, las actividades combinadas que se ofrecen a colegios, suponen un punto innovador, ya que no existe, hasta el momento, oferta en este sentido.

3.5. Relación con los clientes.

La relación con los clientes se hará de varios modos. Captación de los clientes:

- **Contactos a través de las redes:** se diseñará una página web en la que se explicarán las distintas terapias y actividades que se llevarán a cabo en el centro. Aquí se facilitarán las formas de contacto para que las familias puedan pedir más información y asesorarse sobre la participación en los distintos programas.
- **Sesiones de puertas abiertas:** en las primeras semanas de puesta en marcha de la unidad, se harán unas jornadas de puertas abiertas, en las que por un lado se invita a los profesionales que trabajan con niños y adolescentes con autismo para que conozcan el programa y las instalaciones, y por otro lado se ofrecerá una jornada familias con niños con TEA para que puedan probar una sesión de equinoterapia de forma gratuita.
- **Se aplicará un descuento** en la primera cuota para aquellos clientes que contesten encuestas, formularios o compartan su experiencia a través de nuestras redes.

Fidelización de los clientes:

- **Servicio individualizado:** La trabajadora social establecerá los primeros contactos con las familias para explicar el programa, resolver todas sus dudas e implementar el plan individualizado con cada niño, para ello se realizarán las sesiones que sean necesarias, con cada uno de ellos. Durante el desarrollo de todo el programa con cada niño se mantendrá contacto con la familia, informando de cada avance y también de cada dificultad de modo que se les hagan partícipes en todo momento del desarrollo del programa creado especialmente para su caso en concreto.
- **Programa de puntos:** se pondrá en marcha un programa de puntos, en el que cada niño con su participación en las sesiones individuales irá consiguiendo puntos para poder participar de forma totalmente gratuita en un taller de ocio complementario.

3.6. Canales

Es importante llegar a los clientes para ello, se utilizarán los siguientes medios:

- **Canales propios:** Página web en la que se explicarán los servicios de equinoterapia que se van a ofrecer. Redes sociales: facebook, instagram, ...en dónde se mostrarán los servicios, así como vídeos en los que se expliquen las terapias y se vean partes de sesiones, siempre respetando la privacidad del usuario participante.
- **Promoción de las actividades** con las entidades explicadas en el apartado de asociaciones clave. Esta difusión es primordial por lo que se acudirá a cada una de ellas para explicar el programa y dejar información, a modo de folletos para que puedan difundir nuestras actividades entre sus asociados. Además, se presentará el programa en los colegios que cuenten con alumnado con TEA para ofrecer los servicios de ocio inclusivo propuestos.
- **“El boca a boca”** que esperamos se transmita entre los futuros clientes. Este punto, es importante, ya que la satisfacción de las familias que participen en nuestras actividades hará que se las recomienden a otras familias que se encuentren en una situación similar.

3.7. Segmentos de mercado.

El área de Equinoterapia se dirige a niños y adolescentes afectados por el trastorno del espectro autista y a sus familias. Se puede segmentar los potenciales clientes de este negocio en:

- Clientes particulares: familias de niños y adolescentes afectados con el trastorno autista.
- Asociaciones relacionadas con el autismo.
- Colegios de carácter inclusivo con alumnado afectado con TEA.

3.8. Costes de estructura.

El programa presenta una gran ventaja, ya que muchos de los costes que supondría poner en marcha este negocio ya están realizados dado que el área de equinoterapia se pondrá en marcha en el centro ecuestre Grañena que ya está en funcionamiento. De todos modos, existe una serie de gastos propios de la unidad de equinoterapia a los que será necesario hacer frente para implementar el programa con éxito:

- Gastos de personal: se indicarán por contrato.
 - Salario de la trabajadora social que ejerce además de monitora de equitación.
 - Pago de los servicios del personal sanitario.
 - Pago de los servicios del monitor de ocio y tiempo libre.
- Gastos de mantenimiento:
 - Instalaciones (luz, agua...)
 - Mantenimiento de los caballos (pupilaje).
 - Seguro de la empresa.
- Gastos de difusión:
 - Gastos de diseño e impresión de folletos que se entregan en las entidades consideradas asociaciones clave.
 - Puesta en marcha y mantenimiento de la página web en la que se ofrecerán los servicios.

Gastos de personal	- Trabajadora social → 1800 € - Técnico de emergencias sanitarias → 2700 € - Fisioterapeuta → 1800 € - Monitor de tiempo libre → 1400 € - Monitores actividades combinadas → 800 €
Gastos de difusión	- Gastos de promoción → 500 € - Mantenimiento web → 250 €

Gastos de mantenimiento	- Instalaciones → - Mantenimiento de caballos → 170 €/caballo - Seguro de empresa →
	TOTAL = 9.250 €

3.9 Fuentes de ingresos.

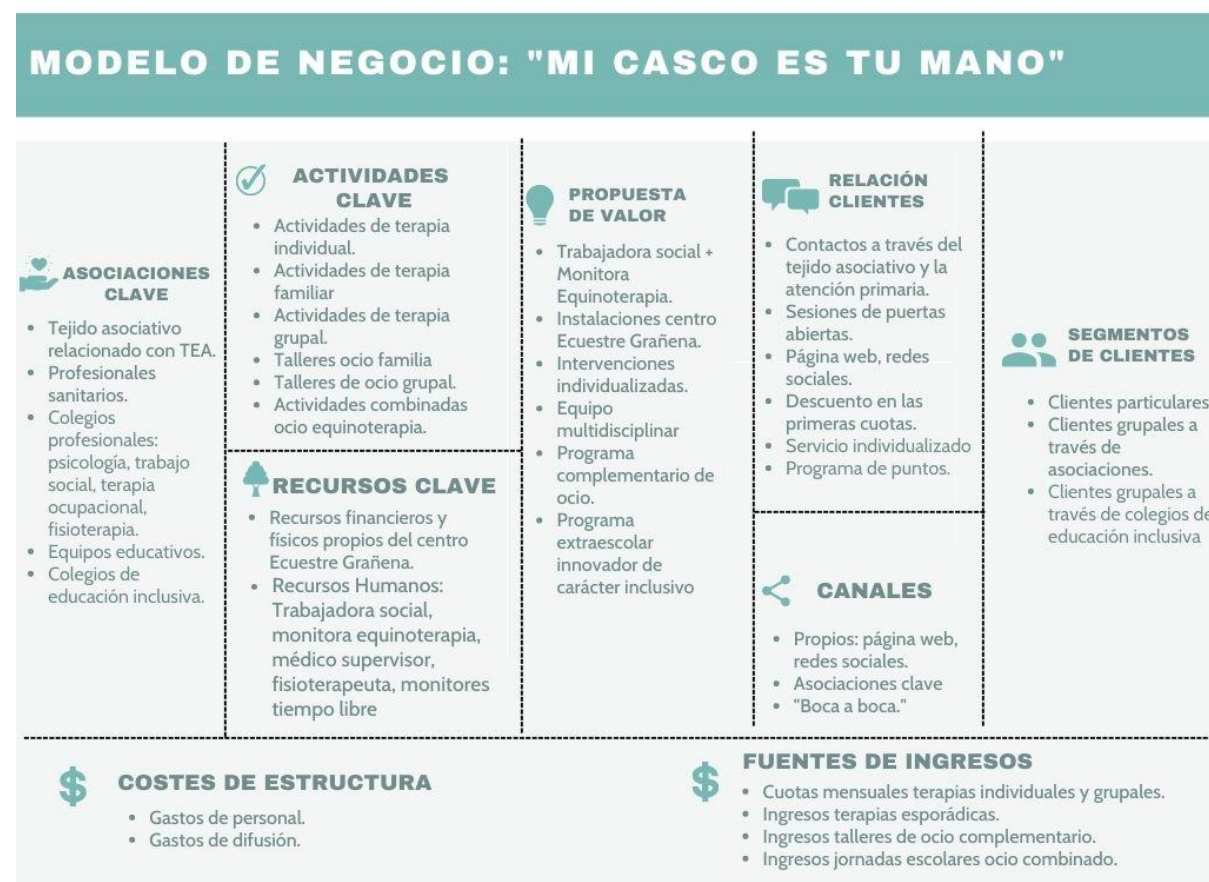
Las fuentes de ingresos del área de equinoterapia se dividen en varias:

- Cuotas de las sesiones individualizadas de los clientes: estos ingresos serán recurrentes ya que se establece una cuota mensual que tendrán que abonar las familias que contraten una terapia individualizada.
- Cuotas de las terapias en grupo.
- Ingresos actividades esporádicas de ocio complementario: talleres familiares y talleres en grupo.
- Ingresos en actividades combinadas de ocio y equinoterapia.

El presupuesto que se propone a continuación se ha realizado mediante un estudio económico financiero en el que se ha calculado una inversión inicial y una previsión de ingresos mínimos a obtener en un mes. Es posible que esta idea de negocio pueda prosperar y obtener mayores ingresos frente a los gastos que implican el desarrollo del proyecto por lo que el excedente de ingresos se mantendrá reservado para gastos imprevistos (gastos veterinarios, muertes de algún animal...)

Cuotas sesiones esporádicas	Sesiones individuales (aprox. 10 mes) Sesiones grupales (5 pers. aprox 10 mes)	75€ / sesión 50 pers./sesión	750€ 2.500
Cuotas sesiones mensuales	Sesiones individuales (aprox. 10 personas) Sesiones grupales (5 personas /2 grupos)	190 €/mes 150 €/mes	1900€ 1500€
Ocio complementario	Talleres familiares (aprox 4 mes) Talleres grupales (aprox. 4 mes /5 Personas/ 2 grupos)	50€/ grupo /taller 70 €/ grupo /taller	200€ 560€
Ocio combinado	Jornadas escolares (aprox 5 mes, 40 alumnos jornada)	20 €/ persona	4.000€
			TOTAL: 15.000€

3.10. Lienzo Modelo Canvas.



Fuente: Elaboración propia.

6. CONCLUSIONES.

Como hemos visto a lo largo del trabajo, queda demostrado que los niños que practican la equinoterapia obtienen beneficios a nivel de comunicación social y lenguaje y a nivel cognitivo y psicológico. Se ha demostrado que el contacto con el caballo proporciona muchísimos estímulos y sensaciones con lo que se obtienen diversas mejoras en estas áreas.

Además con la relajación del movimiento del caballo, los movimientos estereotipados se han reducido y por lo tanto se consigue más concentración, permitiendo trabajar con los niños de forma más relajada y sin estrés ni conflictos, dando lugar a que ellos se sientan más seguros y felices.

Por otro lado me gustaría destacar el papel tan importante del trabajo social en las intervenciones asistidas con animales, en este caso con caballos, el trabajo social nació para

promover el cambio y el desarrollo social, para resolver problemas y para fortalecer la liberación de la ciudadanía para aumentar el bienestar social. Como trabajadores sociales y por lo tanto profesionales de la acción social, tenemos una amplia comprensión de las estructuras y procesos sociales, el cambio social y del comportamiento humano, gracias a eso estamos capacitados para intervenir en situaciones de riesgo social que tienen algunos usuarios, familias, grupos, organizaciones y comunidades. Por lo que gracias a las terapias asistidas con los animales como trabajadores sociales podemos realizar diversas funciones junto con el equipo multidisciplinar para conseguir un desarrollo y mejora y por lo tanto bienestar social del usuario.

Para terminar me gustaría destacar que desde el trabajo social debemos innovar y buscar alternativas para conseguir cambios y para ampliar nuestro círculo. Creo que el modelo de negocio de trabajo social junto con la terapia asistida con animales es una idea diferente e innovadora y estoy orgullosa que desde nuestro ámbito comencemos a movernos y a descubrir nuevas ideas.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- AEDEQ - Asociación Española de Equinoterapias > Equinoterapias . (s/f). Aedeq.org. Recuperado el 12 de marzo de 2023, de <https://www.aedeq.org/equinoterapias>.
- Almazán Martínez, ME (2009). La hipoterapia y la discapacidad. Innovación y Experiencias Educativas.https://archivos.csif.es/archivos/andalucia/ensenanza/revistas/csicsif/revista/pdf/Numero_16/MARIA_ENCARNACION_1.pdf.
- Alonso, J.R. (2017). Motricidad de los niños con autismo. Recuperado de <https://autismodiario.com/2017/02/16/motricidad-los-ninos-autismo/>.
- American Psychiatric Association - APA. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (5a. ed. --.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Arias, V., Arias, B., & Moretin, R. (2008). Terapia asistida por caballos: Nueva propuesta de clasificación, programas para personas con discapacidad intelectual y Buenas prácticas. Siglo Cero , 39 (2), 44–62.
- Artigas-Pallarés, J. y Paula, I. (2012). El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 32. (115), pp.567-587.

- Baron-cohen, S. y Bolton, P. (1998): Autismo. Una guía para padres. Madrid, Alianza Editorial.
- Canal, R.; El autismo hoy en España, entrevista al doctor Ángel Rivière, Siglo Cero, 1993, 149, 24, pp. 41-44.
- Caravaca LLamas, C. (2019). El Trabajo Social en las Intervenciones Asistidas con Animales [Social Work in Animal Assisted Interventions]. Trabajo social hoy, 87(Segundo Semestre), 85–102. <https://doi.org/10.12960/tsh.2019.0012>.
- Cazorla, J. & Cornellá, J. (2014). Las posibilidades de la fisioterapia en el tratamiento multidisciplinar del autismo. España: Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/3666/366634223016.pdf>.
- Fombonne, E. (2005). “Epidemiología de los trastornos generalizados del desarrollo”. En J. Martos, P. Gonzalez, M. Llorente y C. Nieto (Comp.) Nuevos desarrollos en autismo: el futuro es hoy. Madrid: IMSERSO.
- Frith, U. (2004): Autismo. Hacia una explicación del enigma. (segunda edición). Madrid. Alianza Editorial. S.A.
- García, M.P. (2002). Trastornos de la comunicación en el autismo. Dialnet, 409- 417.
- Giménez, R. (coord) (2011). Trastorno del espectro autista: proceso asistencial integrado. Junta de Andalucía: Consejería de Salud.
- Hobson, R.P., El autismo y el desarrollo de la mente. Traducción de Ángel Rivière Gómez. Madrid: Alianza Editorial, 1995.
- Joaquín Fuentes, Amaia Hervás, Patricia Howlin (Grupo de Trabajo de ESCAP para el Autismo) – European Child & Adolescent Psychiatry (11 agosto 2020). <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01587-4>.
- López Gómez, S., Rivas Torres, R.M. & Taboada Ares, E.M. (2010). Historia del trastorno autista. Apuntes de Psicología, 28, 51-64.
- Marchena González, C. (1992). El trastorno autista.Contextualización e intervención logopédica. Sevilla: Ediciones Alfar.
- Martos, J., & Rivière, Á. (2001). Autismo: comprensión y explicación actual. Imsero
- Martos, J., Gonzalez, A., Llorente, M. y Nieto, C. (2005). Nuevos desarrollos en autismo: el futuro es hoy. Madrid. IMSERSO
- Mulas F, Ros-Cervera G, Millá MG, Etchepareborda MC, Abad L, Téllez de Meneses M. Modelos de intervención en niños con autismo. Rev Neurol 2010; 50 (Supl 3): S77-84.

- Muñoz Lasa, S. y cols (2010). Intervenciones asistidas por animales en neurorrehabilitación: una revisión de la literatura más reciente. Vol. 30. Núm. 1. páginas 1-7 Recuperado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-articulo-intervenciones-asistidas-por-animales-neurorrehabilitacion-S0213485313000182>
- Szatmari, P. (2006). Una mente diferente. Comprender a los niños con autismo y síndrome de Asperger. Barcelona: Paidós.
- Tamarit J., Aranda, M, Eescribano, M. y Garrido, M.J. (2013). Ministerio de Educación, Cultura y Deporte | Instituto Nacional de Tecnologías Educativas y de Formación del Profesorado. Recuperado (2/03/2019) de <http://www.ite.educacion.es/formacion/materiales/185/cd/indice.htm>