



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

ARTETERAPIA Y AUTISMO:

Propuesta de intervención de arteterapia para desarrollar las emociones en una niña TEA

Autor/es

Carla Riu Purroy

Director/es

Ana Moreno Pueyo

Facultad de Ciencias Humanas y de la Educación. Campus de Huesca.

2017

Escúchame

- Eres un lujo- te dije quedamente
- ¿Qué quiere decir eso?- hablaste sin mirarme.
- Es tarde. Cerremos la ventana.

Te enseñaré a volar a través de los campos

Y caminaremos juntos

hasta entrada la noche.

En sueños te veré recorrer el camino que te debe la vida.

Asunción Murillo

ÍNDICE:

<u>1.- INTRODUCCIÓN</u>	7
<u>2.-JUSTIFICACIÓN</u>	7
<u>3.-OBJETIVOS E HIPÓTESIS</u>	8
<u>4.-METODOLOGÍA DEL TRABAJO</u>	9
<u>5.- FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA: ¿QUÉ ES EL AUTISMO?</u>	10
5.1.- EVOLUCIÓN HISTÓRICA	10
5.2.- ETIOLOGÍA	13
5.3.- DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO DEL TEA	18
<u>5.4.- CONCEPTO Y EVOLUCIÓN DE LA ARTETERAPIA</u>	23
5.4.1.-CONCEPTO	23
5.4.2.- LAS PIONERAS EN ARTETERAPIA	24
<u>5.5.- LA ARTETERAPIA EN AUTISTAS</u>	26
<u>5.6.-LA ARTETERAPIA EN EDUCACIÓN INFANTIL DENTRO DEL CONTEXTO ESCOLAR</u>	28
<u>5.7.- EL PAPEL DEL EDUCADOR/TERAPEUTA EN LA IMPARTICIÓN DE LA ARTETERAPIA EN NIÑOS AUTISTAS</u>	31
<u>5.8.- LA ARTETERAPIA: INTERVENCIÓN EN EL DESARROLLO DE LAS EMOCIONES EN NIÑOS/AS TEA</u>	36
5.8.1.- LAS EMOCIONES EN NIÑOS/AS TEA	36
5.8.2.- LA INTELIGENCIA EMOCIONAL	37
5.8.3.- LA ARTETERAPIA COMO MEJORA DEL RECONOCIMIENTO DE LAS EMOCIONES	37
<u>6.- PROPUESTA DE INTERVENCIÓN</u>	38
6.1.- INTRODUCCIÓN	38
6.2.- METODOLOGÍA	39
6.3.- OBJETIVOS	41

6.4.- COMPETENCIAS BÁSICAS	41
6.5.-TEMPORALIZACIÓN	42
6.6.- CONTEXTUALIZACIÓN	44
6.7- SESIONES DE LA PROPUESTA	55
6.8.- EVALUACIÓN	68
<u>7.- DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES</u>	<u>75</u>
<u>8.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y WEBGRÁFICAS</u>	<u>76</u>
9.- ANEXOS	

Autor/a: Carla Riu Purroy

Dirigido: Ana Moreno Pueyo

Presentado para su defensa en la convocatoria de diciembre de 2017.

Número de palabras: 18.420

RESUMEN

Este trabajo supone un análisis exhaustivo del Trastorno del Espectro Autista y las posibilidades de la Arteterapia aplicada en el ámbito educativo centrada en la mejora de las emociones.

Realizamos una propuesta hipotética de intervención, centrada en responder a la hipótesis del trabajo, mejorar las emociones de un/a niño/a autista de 8 años. Esta intervención se realiza a través de una serie de sesiones individuales y grupales de clase, con la intención de identificar las emociones y mejorar las relaciones sociales.

Son numerosos autores los que confirman los beneficios de la Arteterapia, Kramer (1982); Miret y Jové (2011).

PALABRAS CLAVE

Arteterapia, autismo, educación emocional.

ABSTRACT:

This work involves an exhaustive analysis of the Autism Spectrum Disorder and the possibilities of Applied Therapy in the educational field focused on the improvement of emotions.

We made a hypothetical intervention proposal, focused on responding to the work hypothesis, improving the emotions of an 8 year old autistic child. This intervention is carried out through a series of individual and group class sessions, with the intention of identifying emotions and improving social relationships.

Many authors confirm the benefits of Arteterapia, Kramer (1982); Miret and Jové (2011).

KEY WORDS:

Art therapy, autism, emotional education

1.- INTRODUCCIÓN

Realizo una investigación centrándome en los principales autores que tratan el autismo, exponiendo también una pequeña pincelada de lo que es la Arteterapia en el ámbito educativo y cómo ayuda en la mejora de los/as niños/as con este tipo de trastorno. Todo ello, haciendo hincapié en la educación emocional, a través de la mejora del control e identificación de las emociones en una niña de 8 años diagnosticada según el DSM:V con trastorno del espectro autista de grado 1.

La propuesta de intervención que he creado se basa en un caso hipotético, por lo cual no es llevada a la práctica.

En este trabajo de final de grado, además de realizar la investigación y recopilación de información nombrada, expongo mis conocimientos adquiridos durante el curso de este grado, utilizando más profundamente los de las asignaturas de: Psicopatología infantil, Atención temprana, Trastornos, Respuestas educativas y Prevención de las dificultades, entre otras. Éstas me han servido para poder llevar a cabo no sólo una propuesta de intervención correcta (teniendo en cuenta a la niña como su entorno), sino también elementos de prevención de otras conductas que se pueden asociar a este trastorno, si éste no es tratado debidamente.

2.-JUSTIFICACIÓN

La elección de este tema surge por la curiosidad que me despertaba este tipo de trastorno, el poder responder al enigma de saber cómo actuaban, cómo pensaban, etc.

Pero mi verdadera motivación sobre este tema emerge cuando estaba realizando la búsqueda de información para elaborar el marco teórico. En uno de los libros escrito por Valdez en 2005. Concretamente en la obra “Evaluar e intervenir en el autismo”, leí un fragmento de una cita:

Me parece que todo ser humano tiene, en su alma, un sonido muy bajito, su nota. Es el sonido de su singularidad, de su ser, de su esencia. Y si la sonoridad de los actos del ser humano no coincide con ese sonido, con esa nota, esa persona no puede ser feliz. (Nikita Mijalkow 1983, en la película *Sin testigos*).

Al leer este fragmento, empecé a pensar que los niños con este tipo de trastorno poseen una singularidad única que no es comprendida por la sociedad en la que vivimos. Por ejemplo, su forma de pensar, cómo afrontan la realidad interpersonal, el desempeño en

las actividades de la vida diaria y la adaptación al entorno. Es por ello que se intenta generar herramientas de cambio para crear una sociedad inclusiva y con una perspectiva holística, mediante instrumentos y metodologías que proporcionen estrategias para llevar una vida más autónoma.

En este trabajo me centraré en intentar que estos/as niño/as sepan identificar sus sensaciones, sentimientos y emociones y por qué razón, creando así coherencia en sus actos, favoreciendo su calidad de vida.

Para esto he elegido la Arteterapia, ya que considero que en el arte no hay nada correcto o incorrecto, sino diferente y singular. Toda obra y proceso creador es único y cada uno transmite una cosa diferente. Por otra parte el arte supone una forma de comunicación distinta, a través de la cual los/as niños/as pueden expresar sus sentimientos, emociones, etc.

Por supuesto, no sólo me han movido estas dos razones a elaborar este trabajo, sino que durante el grado en Educación Infantil, he aprendido la gran importancia que posee una correcta atención temprana, ya que los primeros años de vida son fundamentales para el desarrollo cognitivo, psíquico, motriz y social de la niña.

Por todo ello, surge la necesidad de crear una propuesta de intervención en niños y niñas con TEA, centrada en un caso individual de una niña de 8 años, con una edad mental de 6. A través del arte, pretendo mejorar sus dificultades en las relaciones sociales y en el saber identificar las emociones, creando así, cierta coherencia entre sus actos. Logrando, también, la estructuración de sus pensamientos a través de la empatía. Es decir, intentar enseñarle a reconocer sus sentimientos/emociones y los de su entorno social.

3.-OBJETIVOS E HIPÓTESIS

A través de la investigación que se realiza sobre el tema tratado se analiza esta hipótesis:

- La Arteterapia aplicada en el ámbito educativo, mejora el desarrollo, control e identificación de las emociones en niños/as TEA, favoreciendo la comunicación en este sector de la población.

Centrándonos en esta hipótesis, la investigación que se lleva a cabo para la realización de la propuesta pertinente está motivada por un *objetivo general*:

- ✚ Investigar el desarrollo de la Arteterapia en niños y niñas con Trastorno del Espectro Autista, en cuanto al tema de las emociones.

A pesar de la existencia del objetivo general en el que se centra el trabajo, también existen *objetivos específicos* que se han pretendido establecer con la creación del TFG, éstos son:

- ✚ Aumentar y adquirir conocimiento sobre este trastorno y sobre cómo la Arteterapia puede mejorar las dificultades que sufren los/as alumnos/as que lo padecen.
- ✚ Presentación de una propuesta de intervención a través del arte: diversas formas de expresar las emociones a través de materiales plásticos, para una niña de 8 años con TEA.
- ✚ Crear una propuesta que mejore tanto el conocimiento de las emociones de la niña y de su clase, propiciando así una mejora en las relaciones sociales.
- ✚ Indagar sobre los beneficios que tiene la Arteterapia en niños/as con este trastorno.
- ✚ Analizar la figura del terapeuta y praxis.

Tanto los objetivos específicos como el general son el motor del desarrollo de este trabajo y de la propuesta de intervención que se desarrolla.

4.-METODOLOGÍA DEL TRABAJO

En primer lugar, he realizado una búsqueda bibliográfica que me aporta los conocimientos necesarios sobre el Trastorno del Espectro Autista y por otro lado, sobre la Arteterapia. He efectuado la búsqueda bibliográfica a través de libros, artículos y revistas obtenidos en distintas bibliotecas y plataformas on-line, así como material docente y visionado de películas.

Por otro lado, esta información obtenida la he complementado de la experiencia vivida hace unos meses en Buenos Aires (Argentina). Allí realizamos varias visitas a distintos centros donde se trabaja a nivel educativo con alumnos/as con este trastorno. Uno de ellos es Anduavi, donde cuentan con profesionales para una correcta atención temprana, personal terapéutico para crear propuestas individuales, etc. En estos centros no se

realiza Arteterapia, pero sí pude observar como intervenían con los niños, anotando aquellas intervenciones que me parecieron útiles.

Una vez recopilada la información y las observaciones realizadas sobre este tema, he creado una propuesta de intervención de Arteterapia para una niña de 8 años.

5.- FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA: ¿QUÉ ES EL AUTISMO?

5.1.- Evolución histórica

La palabra autismo, en sí misma, proviene de la palabra griega “*eaftismos*”, lo cual significa “encerrado en uno mismo”. (Pabón, 2008)

El autismo fue introducido en el campo de la psicopatología por el psiquiatra suizo Eugen Bleuler en su obra *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenais*. Según este autor se distinguían dos síntomas fundamentales en la esquizofrenia, los cuáles sólo se podían reconocer con una exploración psicológica, estos eran el “spaltung y el autismo” (Monica Benito, 2011)

Unos 30 años más adelante, Leo Kanner, fue el siguiente autor en mencionar el término “autista”. Éste realizó un estudio pionero sobre el trastorno en el año 1943, con el artículo “Autistic disturbances of affective contact”. En este artículo Kanner enumera las principales características que le parecieron propias de todos los niños que estudió con este tipo de trastorno:

- Extrema soledad autista
- El deseo angustiosamente obsesivo de invariancia
- Una memoria de repetición excelente
- La ecolalia demorada
- La hipersensibilidad a los estímulos
- Limitaciones en la variedad de la actividad espontánea
- El buen potencial cognitivo
- Familias de gran inteligencia

(Citado en F. Happe, 1998, p25)

Kanner (1956) modificó estas características y seleccionó dos de ellas como elementos clave para el autismo: “soledad extrema” y “la obsesiva insistencia por preservar la

invariancia” (Citado en F. Happe, 1998, p27). La invariancia es la incapacidad por aceptar el cambio y la frustración derivada de ello.

Por otro lado y de forma casi paralela, Hans Asperger en 1944, publicó un artículo sobre “La psicopatía autística en la infancia”. Este autor coincidía con la mayoría de las características descritas por Kanner: la dificultad social del autismo era innata y constitucional y perduraba a lo largo de la vida adulta.

Por otro lado había una serie de aspectos en los que los autores no coincidían, éstos eran:

- Las capacidades lingüísticas de los/as niños/as
- Las capacidades motrices
- Las capacidades del aprendizaje.

(F. Happe , 1998)

Hacia 1988, Wing incorpora el concepto del Trastorno del Espectro Autista con la intención de reflejar que hay toda una gama de manifestaciones para este trastorno, las cuáles varían según la edad y la capacidad. (F. Happe , 1998)

Wing no sólo establece el concepto de “espectro” como acabamos de mencionar, sino que crea La Triada de Wing (1988), (Figura 1):



Figura 1: Triada de Wing. Fuente:

Moreno, (2016) *Asignatura Psicopatología infantil* p38.

La Triada de Wing, reconoce una serie de dificultades que agrupa en tres apartados:

- La comunicación: dificultades en la comunicación verbal y no verbal
- La socialización: problemas en la reciprocidad social
- La flexibilidad e imaginación (más tarde se pasó a hablar de intereses restringidos o patrones repetitivos en las actividades y en los temas de interés)

Estas dificultades son reconocidas como el comportamiento específico que poseen los/as niños /as que tienen autismo. No todas ellas serán dadas en todos los casos de forma igualitaria, sino que dependerá del grado de autismo que posea la persona.

Debemos destacar la aparición del autor Rivière (1996), el que realiza un estudio sobre las principales épocas por las que ha pasado el autismo, éstas las divide en tres períodos:

- El primer período (1943-1963): Rivière, dice que esta etapa se caracterizaba por cinco aspectos principales: “un enfoque psicológico efectivo, un predominio de hipótesis psicogénicas, un uso masivo de terapias de carácter dinámico, una orientación clínico-especulativa y un predominio del sistema de atención psiquiátrico” (citado en Valdez, 2005, p12)
- El segundo período (1963-1983): como resume Rivière (1996), abundan las hipótesis orgánicas basadas en datos biológicos, hipótesis de tipo cognitivo y surgen también muchas investigaciones con niños/as autistas. Por otro lado, en esta misma época, surgen nuevas formas de tratar el autismo. Las más destacadas en estos años son las que ponen énfasis en el aprendizaje. Es por esto que surgen centros y aulas específicos, lo cual conlleva a formar a los profesionales para su intervención.
- El último período se desarrolla desde 1983 hasta tiempos actuales. En éste, predominan los enfoques psicogenéticos junto con un establecimiento de un foco comunicativo. También se tienen en cuenta las relaciones interpersonales en el contexto de la intencionalidad humana y se crean modelos que focalizan su atención, tanto en el aspecto cognitivo como en el afectivo. Se crean también terapias funcionales y el papel de la familia pasa a tener un lugar más importante.

A partir de este análisis Rivière entre los años 80 y 90 empieza a hablar de Trastorno del desarrollo, creando la siguiente definición:

El autismo es la distorsión cualitativa más severa del desarrollo humano, es decir, es aquel cuadro en que se da un cambio cualitativo, una forma de desarrollo más diferente de la forma normal que uno se puede imaginar y precisamente por eso el autismo contiene una gran promesa y es que nos ayuda a entender el desarrollo humano hasta límites que ninguno otro es capaz de ayudarnos. (Citado por Valdez, 2005, pp.14)

No debemos olvidar que este autor crea una gran herramienta de evaluación de las alteraciones cualitativas, separadas en doce dimensiones del desarrollo, agrupadas en cuatro escalas: escala social, escala de la comunicación y del lenguaje, escala de la anticipación/flexibilidad y escala de la simbolización. Este instrumento de evaluación se denomina IDEA.

A modo de conclusión, diré que el concepto del autismo ha evolucionado mucho. Actualmente este trastorno se define como:

“Un trastorno del desarrollo neurológico que debe estar presente desde la infancia o niñez temprana, pero puede no ser detectado hasta más tarde debido a las mínimas demandas sociales y al apoyo en los primeros años de los padres o cuidadores” (APA, 2013).

5.2.- Etiología

Existen diversas causas que determinan el diagnóstico del espectro autista, ya que este trastorno implica una alteración en varios dominios del desarrollo. Por lo tanto, los sujetos que lo presentan sufren una sintomatología específica en cada uno de los dominios afectados.

En este apartado me centraré en las teorías neuropsicológicas.

En primer lugar, destacaré las que tuvieron más importancia en los años noventa: la teoría sobre el déficit en Teoría de la Mente, la teoría en el déficit de la coherencia central, y la teoría del déficit en la función ejecutiva. Posteriormente, me centraré en la teoría del déficit del hemisferio derecho y en la teoría de la empatía-sistematización.

❖ 5.2.1.- Teoría sobre el déficit en “Teoría de la mente”

Fueron Baron-Cohen, (1958), los que desarrollaron la hipótesis de que las personas con síndrome autista no poseen Teoría de la mente. La teoría de la mente según Tirapu, Pérez et al (2007) “se refiere a la habilidad de comprender y predecir la conducta de otras personas, sus conocimientos, sus intenciones y sus creencias” (J. Tirapu, G. Pérez, M. Erekatxo- C. Pelegrín- 2007, p 479).

Esta teoría se planteó a base de la clásica “Teoría de la falsa creencia” de las dos muñecas: Sally y Ann. En ésta se realiza una prueba en la que Sally pone una canica en una cesta y se marcha. Por otro lado, Ann la toma y la pone en su caja. Finalmente Sally busca su canica. La pregunta que se le hace a los niños es: ¿dónde buscará la canica Sally? Los niños que padecen TEA dirán que Sally buscará la canica en el lugar donde está, en cambio los niños sin Trastorno del Espectro Autista, afirman que Sally la buscará en la caja donde la dejó, porque es ajena a la mentira.

Con esto se puede observar la falta de empatía que se da en los niños con autismo, es decir, de ponerse en el lugar de los demás. Debido a este déficit, los niños con este trastorno poseen grandes dificultades de integración en el mundo, ya que no comprenden que los que le rodean poseen estados mentales diferentes a los suyos.

A pesar de este síntoma, según Martos et al (2012), muestran otros déficits que se pueden asociar a la falta de Teoría de la mente, éstos son: la mayor dificultad para comprender engaños, la incapacidad de interpretar miradas, el no poder captar códigos sociales en situaciones interactivas complejas, la no identificación de expresiones emocionales, o el no poder comprender la ironía.

Los déficits en la ToM se manifiestan desde la primera infancia, y se observan en comportamientos como la falta del juego simbólico, la expresión de emisiones declarativas, etc. Esta ausencia de ToM es más obvia a medida que el sujeto crece ya que se produce un reconocimiento social cada vez más escaso.

Se podría asegurar que se trata de una de las teorías que explica de forma más completa la sintomatología de este trastorno, aunque no llega a poder explicar todos sus síntomas.

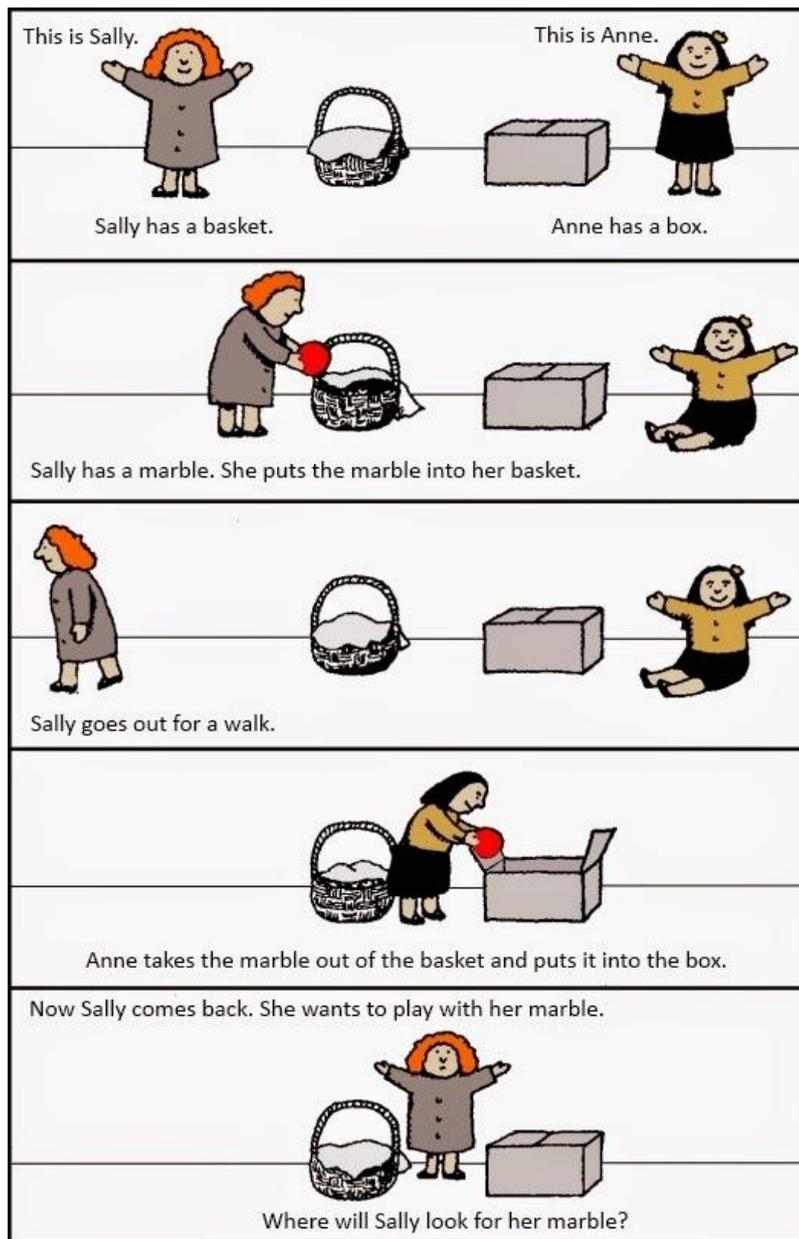


Figura 2: Teoría de la falsa creencia.

Fuente: Enseñat y Roig ,2015

❖ 5.2.2.- Teoría del déficit en función ejecutiva:

En el autismo hay una inmadurez de la función ejecutiva

Enseñat y Roig,(2015), consideran que “el término de funciones ejecutivas es un constructo multidimensional que engloba un conjunto de funciones superiores, entre las que destacan la memoria de trabajo, la planificación, el control de impulsos, la toma de decisiones, la flexibilidad mental, la generación de ideas y planes de acción y la inhibición” (2015 p.200).

Como el resto de las teorías nombradas, ésta no define por completo la sintomatología del TEA, pero sí gran parte de ella, en concreto a aquellas dificultades o características de este trastorno como la falta de flexibilidad, las dificultades de planificación, la dificultad en la toma de decisiones, la generación de ideas nuevas y la presencia de conductas repetitivas. (Enseñat y Roig, 2015).

Debo destacar que esta teoría posee una gran falta de especificidad, ya que hay otros trastornos del neurodesarrollo que no son TEA, que poseen también alteraciones o disfunción ejecutiva.

❖ *5.2.3.- Teoría del déficit en coherencia central*

La coherencia central es una forma de adquirir la información de manera global, de la cual están dotados los seres humanos que no muestran ningún trastorno del desarrollo. Un ejemplo de coherencia central sería, como dice Happe (1994 p.176) “la facilidad con la que reconocemos el sentido adecuado con el contexto de muchas de las palabras ambiguas que usamos en el habla cotidiana, ej.: vaca-baca.”

La coherencia central supone un estilo cognitivo que se centra en el procesamiento global, es decir, se procesa la información como si fuera un “todo” y de forma contextualizada. En cambio, las personas con TEA, poseen dificultades para percibir e integrar la información en un sentido global, ya que ellos no lo captan como un “todo”, sino que se centran en los detalles. (Enseñat y Roig, 2015).

A esta teoría se le atribuye una de las características más significativas del TEA, la cual es la tendencia de invariancia definitoria. Los/as niños/as con TEA poseen una gran capacidad para detectar pequeños cambios en el ambiente, y esto se debe al déficit en la coherencia central. (Enseñat y Roig, 2015)

Esta habilidad cognitiva se puede observar en la realización de algunas tareas como es en el caso de las “figuras enmascaradas” (Ceft, Witking 1971) o en las “Escala de inteligencia de Wechsler”.

Como dijo Frith (1989), los niños con TEA son buenos en tareas en las que deben centrar su atención en la información local, pero no lo son en tareas que requieren reconocimiento de significado.

Como en todas las teorías hay defensores d, y otros que se oponen a ella. Por lo general, los que se opusieron llegaron a la conclusión de que esta teoría era insuficiente para explicar la sintomatología asociada al TEA. Pero por otro lado, los defensores de esta teoría atribuyeron que era la causante, como hemos mencionado anteriormente, de la incapacidad para aceptar los cambios, la realización de conductas repetitivas, sus dificultades de generalización, los errores o dificultad de entender las palabras con doble significado. (Enseñat y Roig, 2015)

A modo de conclusión, como dicen Uta Frith y Francesca Happé en su artículo “*Autism: Beyond Theory of Mind*” en 1994, se concluye que los TEA se caracterizan por una coherencia central débil, y por ello, la información que se adquiere posee un significado descontextualizado.

❖ 5.2.4.- “*Teoría de la disfunción del hemisferio derecho*”

El hemisferio cerebral derecho cumple y se encarga de una serie de funciones: el procesamiento de la información viso-espacial y el análisis de la información de una forma global interpretando el lenguaje no verbal, entre otras.

Algunos autores como Weintraub y Mesulam (1983), realizaron estudios en niños/as que poseían problemas o daños en el hemisferio derecho, y comprobaron que el cuadro que éstos poseían se asemejaba mucho al de los niños autistas, como por ejemplo, evitación de la mirada o un tono de voz monótono.

Según los autores Weintraub y Mesulam (1983) “hay un síndrome de disfunción temprana del hemisferio derecho que puede estar genéticamente determinado y que está asociado a la introversión, la percepción social pobre, los problemas emocionales crónicos, la incapacidad para manifestar afecto y la deficiencia en la representación viso-espacial” (Citado en Happe, 1994, p161). También hay una falta de integración de los dos hemisferios derecho e izquierdo a través del cuerpo calloso y esto dificulta la integración de la información, el desarrollo neurofuncional del niño y sus trastornos, la visión, el aprendizaje y otras funciones cognitivas. (Jorgé ferré y Elisa Aribau. Lebon, 2014)

❖ 5.2.5.- *Teoría de la empatía – sistematización*

En primer lugar, para explicar esta teoría haremos una definición de lo que es la empatía según Ruggieri (2013): “la empatía se considera la atribución de los estados mentales de uno mismo y de los otros, es lo que nos permite dar sentido o entender acciones de otras personas y reaccionar adecuadamente a los estados mentales de los demás” (2013 p18).

Algunos autores como Baron Cohen, (1985), nombraron la posibilidad de que la sintomatología del autismo se podía deber a una mezcla entre la pobre empatía y la excesiva sistematización.

Los autistas poseen falta de empatía y tienden a sistematizar o analizar los objetos para comprenderlos.

Destacaré en esta teoría que muchos de los padres de niños autistas poseen cierto déficit en empatía, tienden a ser fríos. (Ruggieri ,2013)

A modo de conclusión, este trastorno no se debe a un solo factor, sino que existe la posibilidad de que varios factores interactúen entre sí.

5.3.- Detección y diagnóstico del TEA

Para poder llevar a cabo un diagnóstico adecuado sobre este trastorno, me centraré en dos instrumentos: el DSM y el CIE 10. Se trata de dos clasificaciones sintomáticas que poseen alguna que otra diferencia, aunque por lo general las dos comparten criterios y resultados de investigaciones científicas, ya que muchos de los investigadores del DSM han contribuido a la creación del CIE 10 (GUÍA DE BOLSILLO CIE-10,1994)

En primer lugar nombraré el DSM, el cual ha sufrido alguna modificación recientemente, ya que el DSM-IV-TR ha sido sustituido por el DSM-V (APA, 2013). El único cambio que se observa es que ahora ha pasado a llamarse Trastorno del Espectro Autista (TEA), desapareciendo las categorías que antes estaban incluidas dentro de trastornos generalizados del desarrollo. Éstos eran: trastorno autista, síndrome de Asperger, trastorno desintegrativo infantil, síndrome de Rett y trastorno generalizado del desarrollo no especificado. (American Psychiatric Association (2014): *DSM-V-TR*.)

Según el DSM-V los criterios diagnósticos del TEA serán los siguientes:

A) Déficit persistentes en la comunicación y en las interacciones sociales en múltiples contextos, que se manifiestan actualmente o en el pasado de la siguiente forma:

1. Déficit en la reciprocidad socio-emocional.
2. Déficit en los comportamientos de comunicación no verbal utilizados para las interacciones sociales.
3. Déficit en el desarrollo, en el establecimiento y la comprensión de las relaciones.

B) Repertorio de comportamientos, intereses o actividades restringidas y repetitivas, manifestando por lo menos dos de los siguientes criterios actualmente o en el pasado:

1. Movimientos motores, utilización de objetos o vocalización estereotipados o repetitivos.
2. Insistencia en la monotonía, apego inflexible a la rutina o patrones rituales de comportamientos verbales o no verbales.
3. Intereses muy restringidos y fijos con un grado anormal de intensidad y focalización.
4. Reacción inusual a los estímulos sensoriales o interés inusual por los aspectos sensoriales del entorno.

C) Los síntomas deben presentarse desde un período temprano del desarrollo (aunque pueden no manifestarse plenamente hasta que las capacidades limitadas ya no permiten responder a las exigencias sociales, o ser encubiertos más tarde por estrategias aprendidas).

D) Los síntomas suponen deficiencias importantes desde el punto de vista clínico en el ámbito social, profesional o incluso en otros ámbitos de funcionamiento.

E) La discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o un retraso general del desarrollo no justifican mejor estos trastornos.

(Citado en American Psychiatric Association (2014): *DSM-V-TR*)

Sabiendo los criterios para el diagnóstico, es imprescindible saber que existe según el DSM-V una tabla en que se cataloga este trastorno según la gravedad, existiendo 3 grados. Esta tabla no sólo nos ayuda a saber la severidad del trastorno, sino que nos dicta qué tipo de ayuda necesita el sujeto dependiendo del grado que posea.

Tabla 3: Niveles de gravedad del Trastorno del Espectro Autista:

Nivel de gravedad	Comunicación social	Comportamientos restringidos y repetitivos.
<p>Grado 1 “Necesita ayuda”</p>	<p>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. 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 acercamiento son excéntricos y habitualmente sin éxito.</p>	<p>La inflexibilidad de comportamiento causa una interferencia significativa en el funcionamiento en uno o más contextos. Dificultad para alternar actividades. Los problemas de organización y de planificación dificultan la autonomía.</p>
<p>Grado 2 “Necesita ayuda notable”</p>	<p>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 de reducción de respuesta o respuestas no normales a la apertura social de otras</p>	<p>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</p>

	<p>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.</p>	<p>foco de acción.</p>
<p>Grado 3 “Necesita ayuda muy notable”</p>	<p>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 personas con pocas palabras inteligibles es que raramente inicia interacción y que, cuando lo hace, realiza estrategias inhabituales sólo para cumplir con las necesidades y únicamente responde a aproximaciones sociales muy directas.</p>	<p>La inflexibilidad de comportamiento, la extrema dificultad de hacer frente a los cambios, u otros comportamientos restringidos/repetitivos interfieren notablemente con el funcionamiento en todos los ámbitos. Ansiedad intensa/dificultad para cambiar el foco de acción.</p>

(Citado en American Psychiatric Association (2014): *DSM-V-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Masson, Barcelona)

Por otro lado, pasaremos a hablar del otro instrumento de diagnóstico: el CIE-10, Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima edición. Éste consiste en la clasificación de enfermedades aceptadas por la OMS, donde aún existen los Trastornos Generalizados del Desarrollo, los cuáles se definen según el CIE-10 (2000): “grupo de trastornos caracterizados por alteraciones cualitativas de la interacción social, de las formas de comunicación y por un repertorio repetitivo, estereotipado y restrictivo de intereses y actividades” (Citado CIE-10, 2000, p196).

En este trabajo me centro en el Autismo Infantil (F84.0), que se encuentra dentro de estos Trastornos Generalizados del Desarrollo. El CIE.10 (2000) lo define como:

Trastorno generalizado del desarrollo definido por: a) presencia de un desarrollo alterado o anormal que se manifiesta antes de los tres años, y b) por un tipo de funcionamiento anormal en las tres áreas de la psicopatología: interacción social, comunicación y comportamiento restringido, repetitivo y estereotipado. (Citado CIE-10, 2000, p196).

En este manual las características definitorias son las siguientes:

- A. Presencia de un desarrollo anormal antes de los tres años, que se presentan en una de estas áreas:
 - 1. Lenguaje receptivo o expresivo utilizado para la comunicación social.
 - 2. Desarrollo de lazos sociales selectivos o interacción social recíproca
 - 3. Juego simbólico y funcional
- B. Deben estar presente al menos seis síntomas de 1,2,3 incluyendo al menos dos de 1 , uno de 2 y otro de 3:
 - 1. Alteraciones cualitativas en la interacción social que se manifiestan al menos en dos de las siguientes áreas:
 - a) Fracaso en la utilización adecuada del contacto visual, la expresión facial, la postura corporal y los gestos para regular la interacción social.
 - b) Fracaso en el desarrollo con las demás personas
 - c) Ausencia de reciprocidad emocional, respuesta anormal o alterada hacia las emociones de otras personas, falta de modulación del comportamiento en respuesta al contexto social.
 - d) Falta de interés en compartir alegría, intereses, logros.
 - 2. Alteraciones cualitativas en la comunicación que se manifiestan en al menos una de las siguientes áreas:
 - a) Retraso o ausencia del desarrollo del lenguaje hablado, sin acompañamiento de comprensión mediante gestos
 - b) Fracaso relativo para iniciar o mantener una conversación
 - c) Uso estereotipado y repetitivo del lenguaje o uso de idiosincrático de palabras o frases
 - d) Ausencia de juegos de simulación espontáneos o de juego social imitativo

3. Patrones de comportamiento , intereses y actividades restringidas, repetitivas y estereotipadas, que se manifiestan en al menos una de las siguientes áreas
 - a) Preocupación limitada a uno o más comportamientos estereotipados que son anormales en su contenido
 - b) Adherencia a rutinas o rituales específicos y sin sentido
 - c) Manierismos motores estereotipados y repetitivos que pueden consistir en paladas o retorcimientos de las manos...
 - d) Preocupaciones por partes de objetos o por elementos carentes de funcionalidad de los objetos de juego.

C. El cuadro clínico no puede atribuir a otras variedades del trastorno generalizado del desarrollo o a otros tipos de trastornos.

(Citado CIE-10, 2000, p196-197).

Como síntesis, destacaré que ambos instrumentos poseen prácticamente los mismos ítems de diagnóstico para este tipo de trastornos. Los dos consideran que se deben manifestar dificultades en la comunicación verbal y no verbal, con alteraciones en las relaciones sociales, comportamientos e intereses restringidos y estereotipados. Por otro lado, también señalan que estos síntomas se deben manifestar en edades tempranas. El CIE-10, concretamente especifica que debe ser antes de los tres años.

Una pequeña diferencia para el diagnóstico del sujeto: el CIE-10 establece que se deben mostrar seis síntomas de 1, 2, 3 incluyendo al menos dos de 1, uno de 2 y otro de 3 de las áreas nombradas, mientras que el DSM-V no lo cataloga así. En el DSM-V, al no diferenciarse las categorías que se diferencian en el CIE-10, se establece una tabla de nivel de severidad sobre el trastorno.

Ambos instrumentos se consideran igual de válidos para realizar el diagnóstico, y son los más utilizados en España.

5.4.- CONCEPTO Y EVOLUCIÓN DE LA ARTETERAPIA

5.4.1.-Concepto

La Arteterapia surgió sobre 1963, desde entonces ha ido adquiriendo más importancia, sobre todo en Reino Unido y en Estados Unidos.

La Arteterapia “es una técnica terapéutica en la que el paciente puede comunicarse con los materiales artísticos, los cuales facilitan la expresión y la reflexión” (Marxen, 2011 p13).

Otra definición de Arteterapia según la Asociación Española Profesional de Arte terapeutas (2004) es:

La Arteterapia se considera una forma de trabajo e intervención cuyo instrumento es el lenguaje artístico que se usa a través del proceso de creación. Éste promueve y mejora los procesos psicoterapéuticos y el bienestar bio-psico-social del sujeto al que se imparte. Su objetivo es promover dinámicas de transformación sobre: la capacidad personal y social, el desarrollo expresivo y creativo, el cambio de posición subjetiva y en su caso, la elaboración sintomática. (Citado por Arteterapeutas 2004).

Ésta se puede aplicar en sujetos de distintas edades y con una sintomatología diversa. Se puede llevar a cabo de forma individual o colectiva, o como ocurre en algunos casos, en el entorno educativo, combinando sesiones individuales y grupales.

La Arteterapia se utiliza para restablecer la capacidad natural del individuo de relacionarse consigo mismo y con el mundo que le rodea. Es por esto que se utiliza para mejorar las capacidades y dificultades en niños/as autistas. Se mejora la comunicación y la expresión de emociones, aumentando al mismo tiempo la autoestima.

Por otro lado, el papel del terapeuta será el de acompañar al sujeto durante todo el proceso creativo. Para esto se creará un ambiente estructurado y seguro. El encargado de llevar a cabo una intervención basada en la Arteterapia se centrará más en el proceso creativo que en el resultado final. (Marxen, 20011)

Se debe tener claro que en la Arteterapia siempre predominan tres cosas: el paciente, el terapeuta y la obra.

5.4.2.- Las pioneras en Arteterapia

Como hemos nombrado anteriormente, la Arteterapia surge en Estados Unidos, después de haber cobrado importancia e interés el arte psicótico. Antes de esto, algunos autores se centraron en las obras artísticas de algunos pacientes que poseían algún tipo de enfermedad mental.

Concretamente, Hill fue el primer autor en utilizar el término de “Arteterapia” en 1942, en su libro “Art as Aid to illness: an experiment in occupational therapy”. Utilizó este término: demostrar cómo el arte servía para mejorar y lograr expresar los episodios traumáticos, la ansiedad, etc., sobre todo en aquellos pacientes que habían pasado por la Segunda Guerra Mundial.

De forma paralela a este autor, fueron dos las pioneras de la Arteterapia: Margaret Naumburg y Edith Kramer.

En primer lugar, Margaret Naumburg, en su artículo “La terapia artística: su alcance y su función” (1997), afirmaba que “la plasmación gráfica de una experiencia interna podía funcionar como soporte y acelerador de la asociación para una posterior elaboración verbal” (citado en Marxen, 2011 p.34). Esta autora considera que es más fácil expresar el mundo interior de uno mismo a través del arte y que puede ser útil para expresar aquellos traumas que se han quedado en el subconsciente pero que influyen en la vida diaria. Llegó a la conclusión de que el trabajo artístico acelera el proceso terapéutico por dos razones: la primera porque es más fácil expresar aquello que nos cuesta de forma artística que de forma verbal. La segunda es que los pacientes, a través de sus obras, aprenden a interpretar lo que ellos expresan, ya que es más importante que entiendan sus obras que no que el terapeuta las entienda, de esta forma el paciente se convierte en un sujeto activo. (Marxen, 2011) Esta autora, desarrolló el concepto de “Dinamically Oriented ArT Therapy” (Arteterapia Dinámica). Lo que pretendía con esto, era crear un método para tratar pacientes con enfermedades mentales y problemas emocionales.

Por otro lado, Krammer (1916) fue considerada otra de las pioneras en Arteterapia. Fue profesora de arte y posteriormente pasó a trabajar como terapeuta de jóvenes sin salida, hijos/as de refugiados/as alemanes y niños/as con enfermedades mentales.

Esta autora afirmaba que para trabajar con este colectivo de niños/as se debían tener ciertos estudios en psicología, ya que ella no centraba el arte en la copia de objetos, sino en fomentar la imaginación. Ella defendió el “arte como terapia”, afirmaba que el arte ya tenía en sí sus propios fines terapéuticos. Esta autora se basaba en estimular y aumentar la capacidad sublimatoria de sus pacientes. (Marxen, 2011).

A modo de conclusión, resaltaré que estas dos autoras basaron sus trabajos en el pensamiento Freudiano. Por un lado, Naumbrug se centraba más en el aspecto de la interpretación: hacía psicoterapia con el arte. En cambio, Krammer se centraba más en el proceso artístico, ella creía en el arte como terapia. (Marxen, 2011).

Otros precursores relevantes en EEUU, han sido, Mary Huttoonm Don Jones y Elionos Ulman, (1996).

Centrándome en España, el concepto de Arteterapia llegó sobre 1990 a Barcelona, con Klein. Éste abrió uno de los primeros centros de Arteterapia. Otra autora de gran importancia en la introducción de este concepto en España fue Hernández (2000), con su tesis doctoral “De la pintura psicopatológica al arte como terapia en España”.

En la actualidad, son varios los profesionales que utilizan la Arteterapia como forma de curación en diversos casos. Actualmente, se han creado asociaciones como la Federación Española de Asociaciones profesionales de Arteterapia, por lo que este concepto está adquiriendo gran importancia.

5.5.- LA ARTETERAPIA EN AUTISTAS

La Arteterapia como intervención para niños/as autistas está siendo cada vez más usada, sobre todo en Inglaterra, donde también se ha escrito una tesis doctoral sobre este tema: “Evans, K.R (1997) Art theraohy and develoepment of communicative abilities in Children whith autism. PhD Theis. University oj Hertfordshire, Uk”.

En nuestro país también ha cobrado gran importancia el uso de la Arteterapia con niños autistas, sobre todo en la ciudad de Burgos, donde se realizó una Exposición Internacional de Arte de personas autistas en el año 1997. El lugar en el que se realizó la exposición, se centró en desarrollar la expresión artística como medio de ayuda y expresividad para niños con este tipo de trastornos. (Añiño, 2003)

Antes de hablar de Arteterapia en este sector de la población, recordaré que los niños/as autistas, piensan a través de imágenes con las que logran descodificar la realidad. A través de elementos gráficos, se desarrollan complejos procesos cognitivos como las relaciones sociales, en aquellos casos donde el grado de autismo es más bajo. (Olvera, Iturbe-Ormaeche 2015).

Por esta razón, se usan los pictogramas para que el/la niño/a autista aprenda a comunicarse, o simplemente a expresar lo que quiere en ese momento. El arte supone un paso más allá, es decir, el/la niño/a no sólo expresa lo que desea mediante el arte, sino que también disfruta con él. De esta manera, expresa su forma de ver el mundo, de entender las formas, los colores, o los detalles, que para ellos son importantes. (Juarez, 2016).

Como he nombrado anteriormente, el pensamiento autista necesita imágenes concretas para aportar significado a un sentimiento o idea. El arte le proporciona al niño con autismo, no sólo la representación de una imagen a través de un dibujo, sino que también le permite representar esa imagen a través de la expresión corporal, la pintura, los juegos. Se utiliza el arte como un instrumento para dar conciencia a las emociones y sensaciones, favoreciendo al mismo tiempo la creatividad del niño/a.

En cuanto al tema de la creatividad en niños/as autistas, en un pasado se afirmaba que carecían de ella, pero Harris confirmó en uno de sus estudios sobre el tema (1959) que aunque los/as niños/as con TEA poseen limitaciones en el juego, no significa que también las posean en la creatividad. Este autor defiende que estos/as niños/as crean un arte diferente. Como ya se dijo sobre el siglo XX, todos somos creativos, y por ello también se debe fomentar en los/as niños/as autistas.

Según Fernández (2003), la Arteterapia “brinda un medio de comunicación no verbal y alternativa a aquellas personas cuya utilización del lenguaje o comprensión de las palabras es parcial o inexistente, lo más importante en la Arteterapia es la persona y el proceso, no el resultado.” (Citado por Juarez, 2016, p37).

Por esta razón, se utiliza la Arteterapia como medio para conseguir crear una relación más significativa entre el/la niño/a autista y la realidad. A través de la Arteterapia conseguimos saber qué es lo que siente o quiere. Además de esto, el mismo sujeto lo identifica en él mismo y le sirve para aprender a comprender cómo entiende la realidad que vive. Así logra expresar sus pensamientos más internos a las personas que forman parte del mundo que le rodea, aumentando así su relación y mejorando los vínculos.

Algunos de los beneficios de la Arteterapia con niños/as TEA según el congreso de Aetapi /2009 (citado por Juarez, 2016, p37):

- A través del arte se logra una comunicación no verbal
- Ofrece una gran cantidad de materiales que desarrollan y favorecen los sentidos del tacto, olfato, oído y vista
- A través del dibujo el sujeto experimenta sanaciones físicas de movimientos creando así nociones del espacio diferentes a las que poseía
- El uso de los diversos recursos, crea una relación menos directa con el terapeuta, llegando a producirse en algún caso comunicación verbal
- A través del proceso artístico, se comunican con el exterior, calman sus frustraciones y su autoestima aumenta, ya que se utiliza el arte como herramienta en la que no hay fracaso, sino éxito. No hay un uso incorrecto del arte
- El proceso artístico ayuda a superar su frustración al cambio. En pequeña escala, las experiencias y procesos artísticos que realizan siempre son diferentes, y un mismo proceso se puede transformar en otro
- El mismo proceso artístico fomenta la imaginación

Como conclusión, la Arteterapia consigue grandes beneficios en los/as niños/as con autismo, pero se debe aplicar de una forma correcta, con el material adecuado y, a través de un terapeuta o un educador que posea conocimientos pertinentes.

Los resultados más visibles de esta intervención son los siguientes:

- En cuanto a la baja conciencia sobre su propio cuerpo, la Arteterapia les permite conectar con experiencias sensoriales iniciales y volver a recrearlas. Les ayuda a ordenar su caos, entre sus sensaciones y emociones.
- La Arteterapia también les ayuda a crear un interés por la relación con su terapeuta, y de esta forma, irse abriendo al mundo exterior en el que viven.
- El arte les ayuda a transformar los actos descontrolados en actos más concretos.
- Como ya he mencionado, les ayuda a tolerar la frustración hacia el cambio, ya que el proceso creador está en un continuo cambio.

5.6.-LA ARTETERAPIA EN EDUCACIÓN INFANTIL DENTRO DEL CONTEXTO ESCOLAR

El concepto de Arteterapia dentro del contexto educativo, ha sido estudiado por varios autores como Callejon (2003), Coll (2006), Miret y Jove (2011). Ellos defienden la necesidad de usar la Arteterapia dentro del contexto escolar, no sólo en aquellos/as

alumnos/as con necesidades educativas especiales, sino también orientada al resto de alumnos/as, respondiendo así a sus necesidades individuales.

En concreto, para aquellos/as alumnos/as con necesidades educativas especiales, en este caso los TEA, en el contexto escolar se les brinda una educación inclusiva. Según Unesco (1994), se trata de un proceso que responde a las necesidades educativas de cada alumno, atendiendo a sus individualidades. El objetivo es que los/as alumnos/as se adapten en la medida de lo posible al currículo establecido, el cual está dotado de una gran flexibilidad.

Se llevará a cabo la aplicación de la Arteterapia dentro de esta educación inclusiva, concretamente en educación infantil, ya que como nombran Martínez y Pérez (2002), el arte del niño nace espontáneamente, de forma natural. Por esta razón, se considera que el arte contribuye a mejorar y desarrollar de forma global su nivel de expresión, de comunicación, además de los aspectos cognitivos, motrices y afectivos, tanto en niños con necesidades educativas especiales o no.

Cuando llevamos a cabo la impartición del arte dentro del contexto educativo, se diferencian dos procesos: en primer lugar, el arte como producto, y en segundo lugar el arte como proceso, como experiencia. (Maciques, 2012). Estos dos aspectos del arte se tendrán en cuenta cuando se imparta la Arteterapia en el contexto educativo infantil.

La Arteterapia es utilizada dentro del ámbito educativo en los primeros niveles escolares por una serie de razones y beneficios, que según Dissanayake (1988) (citado en Juarez, 2016 p 39), son:

- Refleja el mundo natural del que forma parte el alumno. Nos enseña la realidad interior del sujeto.
- Es terapéutico. Proporciona a los niños otra forma de expresar sus conflictos internos.
- Posibilita la experiencia natural directa. Hace posible conocer detalles de la vida del niño/a.
- Entrena nuestra percepción de la realidad. La realidad difiere de cada persona que la contempla.
- Ayuda a ordenar el mundo.
- Puede ejercer una deshabitación. Ella puede ayudarnos a conocer experiencias y conocimientos propios de los que no somos conscientes.

- Es un medio de comunión y comunicación. El arte propicia relaciones, la intencionalidad comunicativa y el lenguaje.

Por otro lado, existe una autora que nombra los beneficios de utilizar la Arteterapia en el contexto educativo, tanto desde la experiencia propia como del conocimiento de otros autores. Moreno (2016):

- La Arteterapia parte del lenguaje propio del niño: el juego, el dibujo, el movimiento, el cuerpo, la escritura, el lenguaje hablado y escrito.
- Puede condensar diferentes etapas evolutivas en una misma obra o sesión y ayudar a realizar una integración.
- Porque los niños con dificultades o traumatismos previos (que en ocasiones nos encontramos en la escuela y que, generalmente, pasan por diferentes profesionales, como pedagogos psicólogos...) pueden realizar un proceso creativo y expresarse desde el lugar que deseen, por ejemplo desde sus capacidades y no desde sus dificultades.
- Porque las obras también pueden servir como mecanismos de defensa cuando hay sufrimiento antes de poder ser concienciado e integrado. El niño y adolescente en el juego y en la obra puede agredir sin temor a ser destruido o castigado, imaginar desenlaces y deseos que todavía son peligrosos plantear a nivel real.
- Porque permite una documentación y registro del proceso terapéutico. Las obras constituyen un registro más fiel que las palabras y se pueden integrar los aspectos fragmentados de la vida pasada y presente. Con la ayuda de la fotografía de todas las obras, la persona puede recordar su proceso, integrar aspectos que no ha entendido previamente, entender el significado de obras que destruyó o no les dio el significado importante que tenían en ese momento.
- Porque se puede comprobar y asumir el concepto de proceso y esfuerzo para conseguir las cosas, en vez de reclamar soluciones rápidas y mágicas, ya que el proceso creativo necesita tiempo y muchos pasos diferentes, desde la concepción inicial hasta su realización y finalización (Omenat, 2006).
- Porque la obra puede ser utilizada como contenedora de sentimientos y emociones inadmisibles, que pueden ser inconscientes de momento, pero que puede ser guardada en lugar seguro o fotografiada si ha de ser destruida, para volver a utilizarse en un momento posterior del proceso para ser asimilada (Marxen, 2011).

- Porque el arte y el juego son el medio a través del cual los adultos conectan con las necesidades del niño/a que lleva dentro, y la Arteterapia permite acceder a los estados de desarrollo tanto del niño/a como del adulto, algo que facilita la relación familiar. En sesiones se puede facilitar el juego y el arte como solución creativa entre padres e hijos/a en la resolución de conflictos que a través de la palabra no se han podido elaborar. (Citado por Moreno, 2016)

Es por estas razones por las que se imparte el arte dentro del contexto escolar como terapia para alumnos con TEA. De esta manera podrán mejorar su comunicación interior y exterior, aprenderán a expresar sus sentimientos y emociones. De la misma forma, su mundo interior y su miedo al cambio irán mejorando, creando así beneficios en su comunicación, auto-conocimiento, bienestar social y un aumento de la autoestima. (Miguel, 2008).

5.7.- EL PAPEL DEL EDUCADOR/TERAPEUTA EN LA IMPARTICIÓN DE LA ARTETERAPIA EN NIÑOS AUTISTAS

En este caso, el/la arteterapeuta será el/la maestro/a, que tendrá conocimientos sobre este tipo de terapia y sobre el Trastorno del Espectro Autista.

Antes de llevar a cabo una intervención a través de la Arteterapia, el/la maestro/a deberá poseer una serie de competencias a nivel de arteterapeuta, las cuales según Izuela y Valles (2012) son:

- Comprender la necesidad de establecer y mantener la relación arteterapéutica como un proceso creativo dentro de un marco sostenedor y asegurador.
- Saber articular la escucha y el desarrollo del vínculo entre el arteterapeuta y paciente.
- Conocer las propias capacidades y límites.
- Conocer sus propias formaciones psíquicas.
- Comprender y sostener el compromiso que uno contrae aceptando estar en posición de arteterapeuta.
- Haber desarrollado un proceso psicoterapéutico personal.
- Vivenciar la trasferencia y comprender la necesidad de supervisar la práctica profesional.
- Atender a la necesidad de formarse de manera continuada.
- Conocer que es la Arteterapia como práctica dentro del marco arteterapéutico diferenciándolo de otros planteamientos, tanto artísticos como psicoterapéuticos.

- Ser capaz de desarrollar un trabajo poético/simbólico/creativo, deslindándolo de aquello imaginario que pueda dificultarlo. (Citado por Izuela i Valles, 2010, p19)

Resaltando esta aclaración, el/la terapeuta deberá actuar como guía, según Birtchnell (1984). Su objetivo será fomentar la producción de obras, de forma que el sujeto manifieste sus conflictos, sentimientos e ideas a la superficie. Estas obras deben ser analizadas con mucha atención, igual que el proceso creador. Por otro lado, el/la arteterapeuta no deberá frustrarse si el sujeto no produce lo que esperaba.

El/la maestro/a como terapeuta, aparte de ser un guía que ayudará al sujeto durante toda la sesión, mostrándole un amplio abanico de materiales y recursos que poder utilizar, deberá tener según Polo (2004), una actitud atenta, empática, con cierto grado de flexibilidad. Deberá predominar la escucha y un gran nivel de atención al sujeto, a su obra y al proceso creador. Teniendo en cuenta estos criterios, el/la maestro/a creará en el sujeto, cierta motivación que le provoque, además de una mejora es sus deficiencias, cierto grado de diversión durante su labor creativa, desarrollando utilidad en estas experiencias.

Las sesiones de Arteterapia serán creadas por el/la maestro/a, teniendo en cuenta las necesidades del sujeto, realizando así sesiones con una serie de objetivos a cumplir.

Según Prado (2004), el/la docente tendrá ciertas labores:

- La búsqueda de aprendizajes significativos. Se construirán aprendizajes nuevos partiendo del conocimiento que ya posee el sujeto.
- El sujeto adaptará la posición de guía-orientador. Marcará las pautas de las sesiones, pero será el sujeto el que adapte la sesión a sus propias necesidades.
- La función del docente será la de mediar entre el/la alumno/a y los recursos.
- Fomentará la comunicación a través del propio aprendizaje, persiguiendo la funcionalidad de lo adquirido.
- El/la maestro/a propiciará cualquier intento o necesidad de intercambio comunicativo entre los/as alumnos/as, siendo éste uno de los objetos fundamentales del programa.

- Fomentará la función expresiva del lenguaje a través de las creaciones plásticas y priorizará el conocimiento de sus propias emociones y sentimientos. (citado por Juárez, 2016 p40).

Una vez se tengan en cuenta estas consideraciones como terapeuta, se deberá tener cierto conocimiento en el tratamiento de estos/as alumnos/as con TEA, sobre todo en la acción educativa en la cual se impartirá la propuesta de Arteterapia.

La acción educativa que se realizará a estos/as niños/as debe ser individualizada en cierta medida, pero también debe ofrecer la posibilidad de que se integren en el medio social. Por ello, según Riviére (2000), debemos ofrecerle oportunidades de interaccionar en un medio menos protegido y con otros/as niños/as.

Esta acción educativa de la que estamos hablando, no sólo forma parte del profesorado, sino que también contribuyen a ella, el contexto familiar y la sociedad en sí misma. (Valdez ,2001)

Dentro del campo educativo, la intervención se puede llevar a cabo en diversos campos:

- Centros ordinarios con recursos para desarrollar la integración.
- Aula específica o estable.
- Centros específicos.
- Centros especializados en niños con espectro autista gravemente afectados.
- UVAI (Unidades con Apoyos a la Integración).
- Escolaridad combinada.

En la intervención educativa que llevaremos a cabo en este trabajo, nos basaremos en la modalidad de aulas específicas. Éstas se pueden definir como: aulas a las que asisten alumnos/as con un trastorno específico, en este caso con Trastorno Espectro Autista. Estas aulas están dentro de centros ordinarios, los cuales actúan como receptores.

Para que la intervención educativa sea efectiva, debemos tener en cuenta una serie de estrategias educativas, las cuáles son según Valdez et al (2001 p.74)

- La creación de ambientes estructurados en los que aprender sea más fácil de forma guiada por el adulto, aprendiendo a observar a los iguales.
- Cumplir horarios y programación, de forma rigurosa, en los diferentes contextos, las 24 horas del día.

- La utilización cotidiana de agendas y material visual y analógico, que ayude a propiciar la anticipación y predictibilidad.
- Que las agendas puedan llegar a ser de ciclo largo.
- El uso de estilos de comunicación sean claros y sencillos.
- Ser atractivos y motivantes a la hora de dirigirnos entre los participantes en esta educación.
- No desechar cualquier tipo de comunicación alternativa.
- Abordar los problemas de comportamiento de forma rigurosa y desde la hipótesis de la necesidad comunicativa (Carr et al, 1996).
- Ocupar su tiempo con actividades gratificantes y con sentido, adecuadas a su nivel de desarrollo y edad cronológica.
- Potenciar aquellos aspectos en los que pueden ser hábiles y sentirse gratificados.
- Planificar su vida adulta. Adecuación de los aprendizajes.
- Planificar el futuro del alumno/a.
- Coordinación entre todos los implicados en el proceso de enseñanza.
- Acogerse a programas de ocio dentro de la comunidad.
- Pauta médica.

A pesar de tener en cuenta todas estas estrategias y recursos, deberemos centrarnos más en las necesidades específicas que presentan, y en cómo debemos actuar hacia éstas. Para esto he recopilado una serie de actuaciones básicas para cada necesidad.

En primer lugar, según Martos, (2000) las necesidades son:

- Emocionales: el alumnado que presenta este trastorno presenta unas dificultades emocionales, entre las cuales destacaremos un gran nivel de estrés y ansiedad. Se debe tratar enseñando diversas técnicas de relajación, realizando una predicción de lo que sucederá durante el día, para así aliviar su nivel de estrés a través de métodos visualizados.
- De autonomía: en este alumnado se observa escasa autonomía y un bajo nivel de “autodirección”. Para abordar esto, se imparten tareas auto-explicativas en las que se especifican los pasos de la tarea desde el principio hasta el final. También se utiliza la explicación de estas tareas a través de pictogramas, fotos, horarios escritos o analógicos.
- Desarrollo del lenguaje: el abordaje de las dificultades que presentan estos/as alumnos/as, nombradas anteriormente, dependerá del método con el que

trabajaremos. De forma general, se utilizan actividades sociales, con movimiento físico y el juego.

- Desarrollo de la socialización y la interacción: este alumnado posee dificultades en la imitación y la interacción, para ello se realizarán actividades con juegos físicos, canciones con movimiento, etc.
- Desarrollo del juego: los/as niños/as con TEA no tienen desarrollado el juego simbólico, o si lo poseen es de forma limitada. Para desarrollarlo se trabaja a través de los rincones de juego, sobre todo en infantil, éstos se deben llevar a cabo de una forma más dirigida que con el resto de alumnado, y siempre en presencia de un adulto.
- Dificultades comportamentales: poseen comportamientos destapados específicos de gran variedad, como pueden ser autoagresiones o repetición de movimientos entre otras. Por tanto, en primer lugar se debe intentar entender qué es lo que les causa dicho comportamiento, y proporcionar estrategias para adaptarse a dichas situaciones.
- Hiperactividad: la hiperactividad en estos/as niños/as es frecuente, y para esto se debe estructurar el medio que le rodea. La hiperactividad es una defensa ante la ansiedad o el miedo, por tanto, la hiperactividad mermará si el niño está menos angustiado o logramos contener su miedo.
- Capacidades curriculares: se deben crear actividades para fomentar la autonomía y que el/la niño/a se sienta seguro y capaz, por lo que realizaremos actividades como leer o escribir en el grado que sea posible.
- Dificultades sensoriales: los/as niños/as con TEA poseen cierta hipersensibilidad sobre todo a los ruidos fuertes, por ello debemos evitarlos o enseñarles a actuar cuando se produzcan.

A modo de conclusión, considero que lo más apropiado para realizar una propuesta de intervención de Arteterapia con el alumnado con TEA, será tener en cuenta el papel que debe adoptar el/la maestro/a como terapeuta, las competencias que debe poseer para impartir esta propuesta, y las consideraciones generales que se deben conocer para que la propuesta sea efectiva en el entorno educativo.

5.8.- LA ARTETERAPIA: INTERVENCIÓN EN EL DESARROLLO DE LAS EMOCIONES EN NIÑOS/AS TEA

5.8.1.- Las emociones en niños/as TEA

En primer lugar, definiré el concepto de emoción como “un estado afectivo que experimentamos, una reacción subjetiva al ambiente que viene acompañada de cambios orgánicos/fisiológicos y endocrinos de origen innato, influidos por la experiencia”. (Guerri, 2013).

Existen seis tipos de emociones básicas: la alegría, la tristeza, el miedo, el disgusto, la sorpresa y la ira, éstas anteriormente iban asociadas a mecanismos adaptativos y a reacciones fisiológicas.

Las emociones tienen una función adaptativa, y suponen una intervención cognitiva.

En segundo lugar, hablaré de las emociones de los/as niños/as con Trastorno del Espectro Autista. Como ya he mencionado en otros apartados, este tipo de alumnado posee una serie de dificultades en algunas áreas, entre las que se encuentra la dificultad en la percepción de las emociones, lo cual es esencial para contribuir al desarrollo afectivo y emocional del niño/a.

Según Carrasco (2006), las emociones son funciones biológicas del sistema nervioso, que nos ayudan a identificar nuestro “yo”, y de la misma forma, nos ayudan a comprender el punto de vista de los que nos rodean.

Los/as niños/as con TEA no son capaces de realizar atribuciones de los mundos mentales de las demás personas, lo que dificulta su comunicación. Esto se debe a que les es imposible leer las expresiones faciales de los demás e interpretar las indicaciones orales. Por ello, no entienden qué es lo que sienten las personas de su entorno, pero sí pueden clasificar diferentes caras según sus emociones. También son capaces de identificar a las mismas personas con diferentes expresiones emocionales. Hobson y Weeks (1995).

Esta dificultad de los autistas en interpretar las emociones de los demás y de sí mismos, se debe a diversas teorías que ya he expuesto anteriormente. Se debe a que estos/as niños/as poseen algunas estructuras cerebrales afectadas y alteradas: el cerebelo y la

amígdala, situada en el sistema límbico, que cumple un papel muy importante en la evaluación de contenidos y en la activación de la respuesta emocional.

5.8.2.- La inteligencia emocional

Dentro de este apartado también hablaremos del concepto de inteligencia emocional, el que fue desarrollado por Howard Gardner, en la teoría de las inteligencias múltiples (1993). Este autor defendía la idea de que cada sujeto aprende de una forma distinta, por lo que nos lleva a entender que existen diferentes tipos de inteligencias: la lingüística, la lógico-matemática, la cinestesia-corporal, la musical, la espacial, la social, la intrapersonal, la interpersonal, la inteligencia naturalista y la existencial, que ha sido añadida recientemente.

En particular, me centraré en la intrapersonal y en la interpersonal, ya que están relacionadas con la capacidad de comprender las emociones. La primera de ellas, es la que permite comprender las emociones de uno mismo; la segunda permite entender las emociones de los demás. Estas dos están afectadas por los/as niños/as que poseen TEA.

La inteligencia emocional es la fusión de estas dos inteligencias según Goleman (1995).

5.8.3.- La arteterapia como mejora del reconocimiento de las emociones

Según Recio (2014), “la Arteterapia es una técnica terapéutica que utiliza el proceso creativo y la transformación de los materiales artísticos, para expresarse y comunicarse, facilitando el acceso a conflicto internos, especialmente inconscientes, con la finalidad de elaborarlos simbólicamente” (citado por González et al 2014. p3).

Esta expresión de emociones y comunicación, se lleva a cabo a través de las artes plásticas, la música, la expresión corporal, entre otras. Esto conlleva a elaborar procesos simbólicos más espontáneos que las palabras, por lo que es más fácil expresar sentimientos personales de esta forma. (Rodríguez, 2007)

El trabajar a través del arte, facilita las expresiones, las emociones y su conocimiento. Lo que en un futuro mejorará sus relaciones sociales. Esto se produce por el simple hecho de que el inconsciente funciona más con símbolos que con palabras razonadas. En cambio, el arte permite simbolizar los sentimientos, miedos, frustraciones, ideas..., éstas también nos permiten entender la propia experiencia en el niño y su socialización.

Uno de los objetivos principales de la Arteterapia para profundizar en las emociones, según Rodríguez (2007) es:

- Trabajar las obras de artistas, para lograr interpretar sus emociones y pensamientos, mejorando así sus conocimientos y control de las propias emociones.
- Desarrollar la adquisición de las formas e instrumentos de expresión, para poder comprender la expresión de las vivencias y las propias emociones.

Como conclusión, destacaré que la Arteterapia puede llegar a ser un medio para lograr reconocer las propias emociones y las de los demás. Esto ocurre gracias a que el arte nos permite expresarnos a través de la simbolización y no sólo mediante la palabra. Los/as niños/as autistas se pueden beneficiar de esta cualidad, ya que según su grado de autismo, las palabras podrían resultar demasiado abstractas y su aprendizaje se realiza a través de símbolos.

6.- PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

6.1.- Introducción

Esta propuesta está creada para una alumna de 8 años con TEA, mediante la cual se pretende mejorar los déficits a través de la Arteterapia: sus miedos, el reconocimiento de sus emociones y sensaciones, el saber controlar la frustración al cambio, entre otros; esperando que la mejora de estas dificultades ayude a desarrollar sus relaciones sociales. En esta propuesta además, se plantea que la niña disfrute a través del proceso creador, del mismo modo que supone un elemento de mejora para sus dificultades o carencias.

Esta propuesta se lleva a cabo por el/a maestro/a el cual ha realizado un post-grado o máster en Arteterapia, pero para que ésta sea efectiva debe haber cierta coordinación con los demás profesionales que están atendiendo el caso. Por ello, la coordinación entre profesionales cobra gran importancia en la propuesta.

Para llevar a cabo esta intervención me he basado en la teoría expuesta en el marco teórico, haciendo un pequeño análisis y revisión de lo que supone este trastorno, y de cómo la Arteterapia puede llegar a mejorar la calidad de vida y autonomía de los/as niños/as que poseen dicho trastorno.

6.2.- Metodología

Esta propuesta de intervención está centrada en el área de Educación Artística, ya que ésta aportará conocimientos y aprendizajes a otras áreas.

Esta actuación se sustenta bajo la labor docente, y está orientada a una alumna que posee TEA. Sin embargo, encontraremos actividades dirigidas a esta alumna de forma individual, dentro del aula específica, y actividades que se llevarán a cabo en el aula ordinaria de forma grupal. De este modo, nuestro objetivo será el de mejorar las relaciones sociales de la niña.

La metodología que se llevará a cabo en esta propuesta, se sustenta en las bases teóricas expuestas anteriormente, creando un clima y un ambiente de seguridad y de apego seguro para la niña donde no haya aprendizaje por error, y la niña sea la protagonista de la acción, mostrando siempre el maestro o maestra una actitud de interés.

Las sesiones, como ya he mencionado, se realizarán en dos espacios distintos: el aula ordinaria y la específica. En los dos se tendrá especial cuidado, tanto con el tiempo, como con la organización del espacio. Por un lado, el tiempo lo mediremos con un reloj de arena, para que de esta forma la niña vaya tomando conciencia de éste, y eliminemos así su nivel de ansiedad. Por otro lado, el espacio estará organizado en diversos rincones, uno de expresión plástica y otro de expresión corporal. Estos dos espacios estarán diferenciados tanto en el aula específica, como en la ordinaria. Las aulas tendrán una organización específica, habiendo en ella espacios delimitados para los materiales necesarios en la intervención, siendo fijo el lugar en el que el sujeto encontrará siempre cada material a utilizar.

En cada sesión se desarrollará un objetivo de la propuesta de intervención. Estas sesiones irán encadenadas, ya que estarán relacionadas unas con otras y seguirán un proceso. Según las fases que establece Duncan (2007), en primer lugar se realizará una observación exhaustiva de la niña dejando que experimente con los materiales, haciéndole preguntas, creando un clima y un vínculo cercano con el/la maestro/a. Así, será el sujeto quien marcará el ritmo del propio trabajo.

Las sesiones se realizarán de manera intercalada, de forma que una sesión se desarrollará de manera individual en el aula específica y la siguiente, en el aula ordinaria con el resto de compañeros/as de clase.

Posteriormente, pasaremos a explorar diversos materiales, mostrándoles cómo se pueden utilizar.

Tendrá la misma importancia tanto el proceso creador como la obra final, en las actividades grupales de esta intervención. El objetivo será fomentar su relación social, por lo tanto los elementos artísticos sólo serán los instrumentos para acercarse a este objetivo.

Destacaré que cada sesión tendrá una estructura clara y concisa. Siempre con el mismo orden, primero haremos una pequeña introducción de la actividad a realizar, para evitar crear ansiedad en la niña. Posteriormente, llevará a cabo la labor y finalmente, se efectuará una pequeña reflexión, con el objetivo de mejorar la comunicación, y el reconocimiento de emociones.

Esta propuesta de intervención se sustenta en una serie de estrategias que según Juárez (2016) son:

- Partir del nivel de desarrollo del sujeto.
- Crear aprendizajes significativos.
- Sesiones estructuradas, tanto en el espacio como en el tiempo.
- El moldeamiento.
- La enseñanza incidental.
- El refuerzo positivo.
- El modelado.
- Apoyo visual (pictogramas).
- Desarrollar en la medida de lo posible la memoria comprensiva.

En conclusión, la metodología utilizada en esta propuesta estará semiestructurada, ya que al estar dotada de cierta flexibilidad, podrá sufrir cambios constantes en función de la evolución de la niña. Ésta partirá de los intereses y motivaciones de la niña, y siempre se tendrá en cuenta su obra artística y el proceso creador de ésta. La metodología se

adecuará a las dificultades y deficiencias de dicha niña, con el objetivo de mejorarlas o desarrollar aquellas que no posea en la medida de lo posible.

La línea de trabajo de esta propuesta se basa en el juego, la acción y la experimentación, apoyándose también en los principios de globalización, aprendizaje significativo, motivación, individualización y flexibilidad.

Esta propuesta de intervención se apoyará, además en la Arteterapia, en los demás instrumentos utilizados para la mejora de esta niña, como podrían ser, por ejemplo, agendas visuales. También habrá una gran comunicación con los demás profesionales que colaboren en este caso, informando constantemente de todo lo observado.

6.3.- Objetivos

Una vez estudiado el caso clínico que se me presenta y realizada la evaluación previa, determino cuales son los objetivos que quiero lograr llevando a cabo esta propuesta.

Los objetivos propuestos se basan en *BOE 005. ORDEN ECI/3960/2007, de 19 de diciembre, por la que se establece el currículo y se regula la ordenación de la educación infantil*. Están separados por las tres áreas por las que se rige el currículo de educación infantil.

❖ ESPECÍFICO:

Área: Conocimiento de sí mismo y autonomía personal.

- “Identificar necesidades, sentimientos, emociones o preferencias, y ser progresivamente capaces de denominarlos, expresarlos y comunicarlos a los demás, identificando y respetando, gradualmente, también los del resto”.

(Citado en *BOE 005. ORDEN ECI/3960/2007* p.1020)

❖ GENERALES:

Área: Conocimiento de sí mismo y autonomía personal

- Aprender a identificar y expresar sus necesidades, sentimientos y emociones.
- Desarrollar su autonomía.
- Adquirir hábitos para mejorar su bienestar emocional.

Área: Conocimiento del entorno

- Fomentar y desarrollar las relaciones con los demás.
- Orientarse en el espacio y en el tiempo.

Área: Lenguajes: comunicación y representación

- Experimentar y expresarse utilizando diversos lenguajes artísticos.

(BOE 005. ORDEN ECI/3960/2007)

6.4.- Competencias básicas

En esta propuesta de intervención de Arteterapia, no sólo se trabajan unos objetivos, sino que también se desenvuelven unas competencias básicas, las cuáles son:

- Competencia en comunicación lingüística
- Competencia cultural y artística
- Competencia en el conocimiento y la interacción con el mundo físico
- Competencia en autonomía e iniciativa personal

6.5.-Temporalización

Esta propuesta de intervención está programada para desarrollarse en 10 sesiones. Cada sesión tendrá una duración aproximada de unos 45 minutos, dependiendo de la motivación de la alumna. Si se observa que la niña se cansa o desmotiva, al ser una propuesta de intervención flexible, se podrán modificar los tiempos en función de lo que la alumna necesite. En este caso, se podrán llevar a cabo sesiones de 30 minutos.

Estas sesiones se realizarán durante un mes y medio, en concreto durante el mes de noviembre y diciembre, realizando cada semana dos sesiones: martes y jueves.

En este calendario podemos observar los días de cada mes en los que se llevará a cabo cada sesión:

Noviembre 2017						
Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			
<small>©2012 Michel Zbinden.com</small>						
<small>Calendarios Michel Zbinden</small>						

Diciembre 2015						
Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			
<small>©2014 Michel Zbinden. Todos los derechos reservados.</small>						
<small>MichelZbinden.com</small>						

Leyenda:



Días en los que se llevara a cabo una sesión de la propuesta.

El horario en el que se llevará a cabo cada sesión de la intervención es el siguiente:

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
9:00-10:00					
10:00-10:45		Sesión		Sesión	
10:45-11:30	P	A	T	I	O
11:30-12:30					
15:00-16:00					
16:00-17:00					

Leyenda:

Color naranja ➡ sesión de la propuesta

Color azul ➡ patio

Color verde ➡ descanso (comida)

Como ya he mencionado, la temporalización de esta propuesta puede estar sujeta a cambios de última hora, ya que se trata de una intervención flexible, por lo que se adapta a las necesidades y motivaciones de la niña.

Las actividades que se llevarán a cabo en cada una de las sesiones tendrán una continuidad, ya que los objetivos propuestos no se pueden conseguir en una sola sesión, es por esto que las sesiones serán progresivas, igual que las actividades.

6.6.- Contextualización

Esta propuesta de intervención va dirigida a una niña de 8 años llamada Frida (hipotético), por lo tanto la propuesta se llevará a cabo en el 2º ciclo de Educación Infantil, dentro de una escuela ordinaria, en un aula específica, en la que se realizarán actividades individuales para ella, y otras actividades en grupo en el aula ordinaria.

Descripción del caso hipotético

Como ya he mencionado a quien se dirige la propuesta de intervención, pasaré a nombrar la anamnesis, sus características y sus dificultades más significativas.

Frida ha sido diagnosticada con Trastorno del Espectro Autista. Grado 1. por un centro de Atención Temprana, a los 3 años de edad.

Para poder realizar una correcta intervención se partirá de un informe psicopedagógico, en el que se detallará su anamnesis, su historia escolar, su desarrollo general, y la información del contexto escolar y familiar, dejando también un apartado para observaciones que puedan ser relevantes al caso.

INFORME PSICOPEDAGÓGICO:

A) DATOS PERSONALES:

Apellidos: R. G.

Nombre: Frida

Fecha de nacimiento: 26 de enero de 2009

Dirección:

Centro escolar:

Nivel educativo: 6 años

B) ANAMNESIS:

Frida nació por cesárea. Fue un embarazo muy deseado por los padres. Las primeras etapas evolutivas se desarrollaron dentro de los límites normales, pero fue hacia los 6 meses de edad cuando sus padres, en concreto su madre empezó a notar que su hija no mantenía contacto ocular con ella ni con el padre. No participaba del juego sensorio- motor propiciado por la madre.

Hacia el primer año de vida no respondía cuando se la estimulaba gestual o verbalmente.

Sobre el año y medio de edad, Frida seguía sin mostrar ningún interés por el contacto social. Asustó especialmente a su madre cuando se cayó de la cama, golpeándose fuertemente contra el suelo, no mostrando ningún síntoma de dolor ni llanto.

Es por ello que los padres la llevaron a un centro de Atención Temprana, y fue allí donde se le diagnosticó de TEA.

C) HISTORIA ESCOLAR

Escolarización previa: asistió a un centro de Atención Temprana.

Datos significativos de la escolarización actual: cursa un nivel de 5/6 años en un centro ordinario, asistiendo a un aula específica parte del tiempo escolar.

Tratamientos educativos: es tratada por un logopeda privado 1 vez a la semana, y por un psicopedagogo 1 vez a la semana, donde trabajan mucho el reconocimiento de emociones y las relaciones sociales, desde los 3 años.

D) DESARROLLO GENERAL DEL ALUMNO/A

Características del caso de Frida

Ámbito psicomotor

Las dificultades motrices que se observan son pocas. Las más significativas son aquellas que implican psicomotricidad fina. En cuanto a la psicomotricidad gruesa, sufre alguna dificultad a la hora de realizar algún movimiento como correr.

Por otro lado, dentro de este ámbito, nombraremos que la niña posee un control de esfínteres. Debido a la intervención en el centro de Atención Temprana ha sufrido una gran mejora en este aspecto.

En cuanto al juego, posee un juego simbólico pobre. Muestra interés ante los animales, en concreto las vacas, y en ocasiones, le resultan atractivos ciertos objetos. No juega con sus iguales.

La imitación es escasa, aunque ha mejorado mucho puesto que en el centro de Atención Temprana se han centrado en este aspecto, entre otros.

Ámbito lingüístico

Frida presenta un retraso en el área de la comunicación y el lenguaje, tanto comprensivo como expresivo.

- A nivel expresivo

Frida presenta lenguaje verbal, la niña habla sólo cuando está centrada en sus cosas, pero su intención comunicativa se dificulta con según qué personas y temas. Las conversaciones que se pueden mantener con ella son limitadas; si el tema no le motiva, muestra un tono de voz peculiar.

Su comunicación ha mejorado con los PECS, ya que así es como empezó a hacer algunas peticiones, por otro lado su lenguaje espontáneo es bastante pobre, igual que la conversación, aunque sí que se puede llevar a cabo una conversación si ella se siente motivada.

- A nivel comprensivo

Comprende órdenes sencillas y sujetas al contexto, posee problemas para entender órdenes en cadena y complejas. Se ha observado mejora en la comprensión a través del soporte visual.

Ámbito conductual y social

Frida posee unas habilidades sociales pobres, ya que le cuesta relacionarse con sus iguales. Éstas han mejorado notablemente gracias a las intervenciones del centro de Atención Temprana.

Para expresar sus estados de ánimo, utiliza algunos gestos, pero posee gran dificultad en este aspecto, ya que como no sabe expresarlo de forma correcta se frustra.

Ámbito cognitivo

Frida muestra escaso contacto visual. Sólo en ciertas ocasiones, su nivel de atención es inferior al del resto de la clase. Sabe prestar atención cuando se le

explica algo, aunque en ocasiones le cuesta seguir las consignas que le dan. Su producción mejora si se apoya en lo visual, como por ejemplo, objetos reales o pictogramas.

Tiene conductas estereotipadas y repetitivas, como mover continuamente las manos y muestra ansiedad hacia los cambios.

Nivel de competencia curricular

A través de las evaluaciones realizadas por el centro donde se llevará a cabo la propuesta actual, y gracias a las evaluaciones realizadas por el centro de Atención Temprana, se puede clasificar el nivel de competencia curricular de esta niña, en un segundo ciclo de Educación Infantil. El área donde se observa una mayor dificultad es en el de lenguaje: comunicación y representación.

E) INFORMACIÓN DEL CONTEXTO ESCOLAR

Asistió a un centro de Atención Temprana, donde su evolución fue positiva.

Este curso asistirá a un centro ordinario, en el cual su escolarización se combinará entre el aula ordinaria y un aula específica. Su nivel será de 6 años.

La clase a la que asistirá en ocasiones y de forma combinada, será de un grupo de 12 alumnos/as.

F) INFORMACIÓN DEL CONTEXTO FAMILIAR

<u>Parentesco:</u>	<u>Edad:</u>	<u>Estudios:</u>	<u>Ocupación:</u>
Marcos – padre	33	Ciclo superior en carpintería	Camarero/hostelería
Sara- madre	31	Trabajadora social	Desempleada
Isak-hijo mayor	11	Escuela primaria	

G) OBSERVACIONES, DATOS DE INTERÉS

Posee ciertos miedos como por ejemplo a la oscuridad. Por otro lado, le cuesta mucho orientarse en el espacio y en el tiempo.

Un gran problema que debo destacar, es que Frida posee un escaso control de sus emociones, no las diferencia y esto le causa graves problemas de

socialización. La alumna carece de empatía y también posee problemas para reconocer sus propios sentimientos, provocándole episodios de ira.

En conclusión, su nivel de gravedad según el DSM-V, Frida se encontraría en un Grado 1 de Espectro Autista.

Para realizar una propuesta correcta donde se consigan los objetivos marcados, se debe realizar una nueva evaluación sobre la niña.

Ésta la haremos a través del IDEA (Inventario del Espectro Autista) Rivère (1997). Una vez tengamos los resultados, elaboraremos la propuesta.

Los resultados han sido los siguientes:

Escala del Inventario del Espectro Autista (IDEA)

-Angel Riviére-

NOMBRE DEL ALUMNO CON AUTISMO:

GRADO: _____ GRUPO: _____ EDAD: _____

ESCUELA: _____

INTRUSTRUCCIONES: A continuación le presento la Escala del Inventario del Espectro Autista (IDEA). Este instrumento permite valorar la seriedad y la profundidad de los rasgos autistas que presenta una persona. Le invito a pensar en las características que su alumno presenta y después elija en cada dimensión sólo una respuesta, esta debe ser la que mejor describa las conductas de su alumno. NOTA: Asignar siempre la puntuación más baja que sea posible. Se reserva el valor 0 para aquellos casos en que no hay anomalías en la dimensión correspondiente. Las puntuaciones 7, 5, 3 y 1, se reserva para los casos claramente situados entre dos puntuaciones pares.

Dimensión 1: Relaciones Sociales	Puntuación
Aislamiento completo. No apego a personas específicas. No relación con adultos o iguales.	
Incapacidad de relación. Vínculo con adultos. No relación con iguales.	

Relaciones infrecuentes, inducidas, externas con iguales. Las relaciones más como respuesta que a iniciativa propia.	4
Motivación de relación con iguales, pero falta de relaciones por dificultad para comprender sutilezas sociales y escasa empatía. Conciencia de soledad.	
No hay trastorno cualitativo de la relación social.	

Dimensión 2: Capacidades de Referencia Conjunta	Puntuación
Ausencia completa de acciones conjuntas o interés por las otras personas y sus acciones.	
Acciones conjuntas simples, sin miradas significativas de referencia conjunta.	
Empleo de miradas de referencia conjunta en situaciones dirigidas, pero no abiertas.	2
Pautas establecidas de atención y acción conjunta, pero no de preocupación conjunta.	
No hay trastorno cualitativo de las capacidades de referencia conjunta.	

Dimensión 3: Capacidades intersubjetivas y mentalistas	Puntuación
Ausencia de pautas de expresión emocional correlativa (i.e. intersubjetividad primaria). Falta de interés por las personas.	
Respuestas intersubjetivas primarias, pero ningún indicio de que se vive al otro como sujeto.	
Indicios de intersubjetividad secundaria, sin atribución explícita de estados mentales. No se resuelven tareas de Teoría de la Mente.	
Conciencia explícita de que las otras personas tienen mente, que se manifiesta en la solución de la tarea de Teoría de la Mente de primer orden. En situaciones reales, el mentalismo es lento, simple y limitado.	2

No hay trastorno cualitativo de capacidades intersubjetivas y mentalistas.	
--	--

Dimensión 4: Funciones Comunicativas	Puntuación
Ausencia de comunicación (relación intencionada, intencional y significativa) y de conductas instrumentales con personas.	
Conductas instrumentales con personas para lograr cambios que en el mundo físico (i.e. para pedir), sin otras pautas de comunicación.	
Conductas comunicativas para pedir (cambiar el mundo físico) pero no para compartir experiencias o cambiar el mundo mental)	
Conductas comunicativas de declarar, comentar, etc. con escasas cualificaciones subjetivas de la experiencia y declaraciones sobre el mundo interno.	2
No hay trastorno cualitativo de las funciones comunicativas.	

Dimensión 5: Lenguaje Expresivo	Puntuación
Mutismo total o funcional. Puede haber verbalizaciones que no son propiamente lingüísticas.	
Lenguaje compuesto de palabras sueltas o ecolalias. No hay creación formal de sintagmas y oraciones.	
Lenguaje oracional. Hay oraciones que no son ecológicas, pero no configuran discurso o conversación.	4
Discurso y conversación, con limitaciones de adaptación flexible en las conversaciones y de selección de temas relevantes. Frecuentemente hay anomalías prosódicas.	
No hay trastorno cualitativo del lenguaje expresivo.	

Dimensión 6: Lenguaje Receptivo	Puntuación
“Sordera central”. Tendencia a ignorar el lenguaje. No hay respuesta a órdenes, llamadas o indicaciones.	
Asociación de enunciados verbales con conductas propias, sin indicios de que los enunciados se asimilen a un código.	
Comprensión (literal y poco flexible) de enunciados, con alguna clase de análisis estructurales. No se comprende discurso.	
Se comprende discurso y conversación, pero se diferencia con gran dificultad el significado literal del intencional.	2
No hay trastorno cualitativo de las capacidades de comprensión.	

Dimensión 7: Anticipación	Puntuación
Adherencia inflexible a estímulos que se repiten de forma idéntica (i.e. películas de video). Resistencia intensa a cambios. Falta de conductas anticipatorias.	
Conductas anticipatorias simples en rutinas cotidianas. Con frecuencia, oposición a cambios y empeoramiento en situaciones que implican cambios.	
Incorporadas estructuras temporales amplias (i.e. Curso vs. Vacaciones). Puede haber reacciones catastróficas ante cambios no previstos.	4
Alguna capacidad de regular el propio ambiente y de manejar los cambios. Se prefiere un orden claro y un ambiente predecible.	
No hay trastorno cualitativo de capacidades de anticipación.	

Dimensión 8: Flexibilidad	Puntuación
Predominan las estereotipias motoras simples.	

Predominan los rituales simples. Resistencia a cambios mínimos.	
Rituales complejos. Apego excesivo a objetos. Preguntas obsesivas.	4
Contenidos obsesivos y limitados de pensamiento. Intereses poco funcional y flexible. Rígido perfeccionismo.	
No hay trastorno cualitativo de la flexibilidad.	

Dimensión 9: Sentido de la Actividad	Puntuación
Predominio masivo de conductas sin meta. Inaccesibilidad a consignas externas que dirijan la actividad.	
Sólo se realizan actividades funcionales breves con consignas externas. Cuando no las hay, se pasa al nivel anterior.	
Actividades autónomas de ciclo largo, que no se viven como partes de proyectos coherentes, y cuya motivación es externa.	
Actividades complejas de ciclo muy largo, cuya meta se conoce y desea, pero sin una estructura jerárquica de previsiones biográficas en que se inserten.	2
No hay trastorno cualitativo del sentido de la actividad.	

Dimensión 10: Ficción e Imaginación	Puntuación
Ausencia completa de juego funcional o simbólico y de otras competencias de ficción.	
Juegos funcionales pocos flexibles, poco espontáneos y de contenidos limitados.	
Juego simbólico, en general poco espontáneo y obsesivo. Dificultades importantes para diferenciar ficción y realidad.	4
Capacidades complejas de ficción, que se emplean como recursos de	

aislamiento. Ficciones poco flexibles.	
No hay trastorno de competencias de ficción e imaginación.	

Dimensión 11: Imitación	Puntuación
Ausencia completa de conductas de imitación.	
Imitaciones motoras simples, evocadas. No espontáneas.	
Imitación espontánea esporádica, poco versátil e intersubjetiva.	4
Imitación establecida. Ausencia de modelos internos.	
No hay trastorno de las capacidades de imitación.	

Dimensión 12: Suspensión (capacidad de crear significantes)	Puntuación
No se suspenden pre-acciones para crear gestos comunicativos. Comunicación ausente o por gestos instrumentales con personas.	
No se suspenden acciones instrumentales para crear símbolos enactivos. No hay juego funcional.	
No se suspenden propiedades reales de cosas o situaciones para crear ficciones y juego de ficción.	
No se dejan en suspenso representaciones para crear o comprender metáforas o para comprender que los estados mentales no se corresponden necesariamente con las situaciones.	2
No hay trastorno cualitativo de las capacidades de suspensión.	

CONCENTRADO DE PUNTAJES:

Escala: Relación social	
Dimensión 1: Trastorno de la relación social	4
Dimensión 2: Trastorno de la referencia conjunta	2
Dimensión 3: Trastorno intersubjetivo y mentalista.	2
Puntuación total de la escala Relación Social (suma de las puntuaciones de las dimensiones 1, 2, 3)	8
Escala: Comunicación y Lenguaje	
Dimensión 4: Trastorno de las funciones comunicativas	2
Dimensión 5: Trastorno del lenguaje expresivo	2
Dimensión 6: Trastorno del lenguaje receptivo	4
Puntuación total de la escala Comunicación y Lenguaje (suma de las puntuaciones de las dimensiones 4, 5, 6)	8
Escala: Anticipación / Flexibilidad	
Dimensión 7: Trastorno de la anticipación	2
Dimensión 8: Trastorno de la flexibilidad	4
Dimensión 9: Trastorno del sentido de la actividad	4
Puntuación total de la escala Anticipación / Flexibilidad (suma de las puntuaciones de las dimensiones 7, 8, 9)	10
Escala: Simbolización	
Dimensión 10: Trastorno de la ficción.	4
Dimensión 11: Trastorno de la imitación	4
Dimensión 12: Trastorno de la suspensión	2

Puntuación total de la escala Simbolización (suma de las puntuaciones de las dimensiones 10, 11, 12)	10
Puntuación total en espectro autista (suma de las puntuaciones de todas las dimensiones)	36

(Citado en Valdez,2005, p.25)

Fecha de aplicación:_____

Nombre de la persona que contesta este instrumento:_____

Relación con el alumno: () terapeuta () Mtra. De Apoyo () Madre/Padre ()
Otro () _____

La puntuación es de “36”, por lo tanto la niña se podría considerar una autista de alto funcionamiento, limitando con Síndrome de Asperger.

6.7) Sesiones de la propuesta

A partir de la información aportada anteriormente, propongo 10 sesiones a realizar con la niña.

Sesión 1: “EXPERIMENTAMOS EL CAOS”.
Temporalización: <u>Introducción:</u> explicación de la actividad a través de soporte visual, primera toma de contacto con el maestro/a terapeuta. 15 minutos aproximadamente <u>Desarrollo de la actividad:</u> 40 minutos <u>Reflexión:</u> 15 minutos aproximadamente
Agrupación: individual
Recursos : <u>Materiales:</u> ✓ Folios en blanco ✓ Cola blanca ✓ Rotuladores de colores

<ul style="list-style-type: none">✓ Pintura de dedos de colores✓ Papel de charol <p><u>Espaciales:</u></p> <ul style="list-style-type: none">✓ Aula específica <p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none">✓ Maestro/a terapeuta✓ Alumno/a en prácticas
<p>Objetivos de la sesión:</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Experimentar y expresarse con distintos materiales✓ Realizar una primera toma de contacto✓ Identificar, relacionar y separa diversos materiales✓ Orientarse en el espacio del papel sobre el que debe dibujar y en el tiempo en el que debe hacerlo.
<p>Descripción de la sesión:</p> <p>Se trata de la primera sesión, la cual se realizará en el aula específica y de forma individual, para favorecer el vínculo.</p> <p>En primer lugar, se explicará la sesión a través de una agenda visual. También se colocará un reloj de arena para que la niña sepa cuando acaba la sesión y así se alivie su nivel de ansiedad.</p> <p>La sesión consistirá en lo siguiente: el alumno tendrá un papel DIN-A3, sobre el cual podrá dibujar y experimentar lo que quiera a través de diversos materiales que le proporcionaremos, cada uno en un cuenco diferente.</p> <p>Cuando se le hayan presentado los materiales, se le dará libertad para que cree. De esta forma observaremos como actúa con cada uno de ellos, si los mezcla o no...</p> <p>Si no lo puede realizar por sí misma o no entiende la consigna, la profesora realizará una creación personal a modo de ejemplo.</p> <p>Una vez finalizado, realizaremos una pequeña reflexión, le iremos señalando en su obra cada uno de los materiales usados y haremos que señale en que cuenco estaba cada uno de ellos.</p> <p>Esto nos servirá tanto a nosotros como a ella, por un lado nosotros podremos observar su caos y poder en un futuro separar y distinguir cada emoción, como hemos hecho con los materiales. Por otro lado a ella le servirá como ejercicio para aprender a diferenciar, y tomar conciencia de que cada material es uno.</p>

Se trata de la primera actividad de la propuesta, con el fin de establecer un primer contacto con los materiales, el espacio y el terapeuta.

Sesión 2: “CONOCEMOS EMOCIONES”.

Temporalización:

Introducción: explicación de la actividad a través de soporte visual, con ayuda de la pizarra.

Desarrollo de la actividad: 40 minutos.

Reflexión: 15 minutos.

Agrupación: Gran grupo

Recursos :

Materiales:

- ✓ Folios en blanco
- ✓ Pintura de dedos de colores

Espaciales:

- ✓ Aula ordinaria

Humanos:

- ✓ Maestro/a terapeuta
- ✓ Alumno/a en prácticas

Objetivos de la sesión:

- ✓ Iniciarse en la expresión de las necesidades y emociones
- ✓ Aprender cuáles son las emociones y cómo se pueden mostrar
- ✓ Desarrollar las relaciones sociales
- ✓ Fomentar la comunicación y la escucha activa
- ✓ Trabajar la psicomotricidad fina
- ✓ Aprender a comunicar sus necesidades a los demás

Descripción de la sesión:

En primer lugar, la actividad consistirá en su explicación a través de un soporte visual. Posteriormente, los alumnos se sentarán en sus respectivos sitios. Frida se sentará en su sitio también, el que está en una de las primeras filas de la clase, para que su distracción sea menor.

La actividad consiste en explicar las emociones básicas, es decir las

mostraremos. Pondremos en la pizarra imágenes que representen cada una de las emociones. Cuando las nombremos, cada niño nos explicará cuándo él se siente de esa forma. Por ejemplo, la emoción del miedo, el alumno nos dirá en qué momento siente miedo.

Posteriormente, cada alumno deberá hacer un dibujo libre donde se muestre una de esas emociones, por ejemplo el miedo, cómo lo mostraría el, qué colores utilizaría.

Una vez finalizado el dibujo se comentará, mostrando cada alumno su obra, y explicándola.

Frida realizará la actividad de la misma forma, pero solo hablará si ella lo desea, no se le forzará en nada.

Sesión 3:“NOS CONOCEMOS”.

Temporalización:

Introducción: Explicación de la actividad a través de soporte visual. De uno en uno iremos tomando fotos de los alumnos y, posteriormente, las imprimiremos en clase. Las mostraremos a los demás nombrando a cada uno de ellos y su estado de ánimo. 20 minutos aproximadamente.

Desarrollo de la actividad: 35 minutos aproximadamente.

Reflexión: 15 minutos aproximadamente.

Agrupación: Gran grupo

Recursos:

Materiales:

- ✓ Máquina de fotos
- ✓ Folios en blanco
- ✓ Rotuladores de colores
- ✓ Impresora
- ✓ Pegamento
- ✓ Tijeras de punta redonda.

Espaciales:

- ✓ Aula ordinaria

Humanos:

<ul style="list-style-type: none">✓ Maestro/a terapeuta✓ Alumno/a en prácticas
Objetivos de la sesión: <ul style="list-style-type: none">✓ Tomar conciencia de los demás compañeros✓ Distinguir y crear su propia identidad✓ Conocer su propio cuerpo✓ Desarrollar la psicomotricidad fina✓ Identificar emociones en el resto de compañeros/as✓ Separar diversas partes del cuerpo y unirlos en una totalidad
Descripción de la sesión: <p>Esta sesión probablemente será una de las más largas de la propuesta.</p> <p>Una vez finalizada la explicación de la actividad, tomadas las fotos y realizada la primera toma de contacto, se repartirá a cada alumno/a una foto, de la que deberá recortar una parte de la cara (ojo, oreja, boca...) y pegarla en un papel. A partir del recorte crearán un retrato otorgándole una emoción.</p> <p>En el caso de Frida, si no logra dibujarla atribuyéndole una emoción, se le proporcionará ayuda.</p> <p>Posteriormente, comentaremos cada uno de los dibujos de forma grupal.</p>

Sesión 4: “EL MURAL DE LAS EMOCIONES”.
Temporalización: <p><u>Introducción:</u> Explicación de la actividad a través de soporte visual, también le mostraremos los materiales que vamos a utilizar y el lugar donde lo vamos a realizar. 10 minutos aproximadamente.</p> <p><u>Desarrollo de la actividad:</u> 40 minutos aproximadamente.</p> <p><u>Reflexión:</u> 15 minutos aproximadamente.</p>
Agrupación: Individual.
Recursos: <p><u>Materiales:</u></p> <ul style="list-style-type: none">✓ 3 cuencos

- ✓ 1 trozo de barro
- ✓ Pintura de dedos de colores
- ✓ Lápices de colores
- ✓ Acuarelas de colores
- ✓ Pinceles
- ✓ 1 cuenco con agua
- ✓ Papel de periódico

Espaciales:

- ✓ Aula específica

Humanos:

- ✓ Maestro/a terapeuta
- ✓ Alumno/a en prácticas

Objetivos de la sesión:

- ✓ Atribuir un color y un material a cada emoción
- ✓ Identificar emociones y sentimientos
- ✓ Expresar las emociones a través del lenguaje artístico
- ✓ Desarrollar conciencia de cada emoción
- ✓ Trabajar la psicomotricidad fina
- ✓ Distinguir las emociones básicas

Descripción de la sesión:

Esta actividad se llevará a cabo en el aula específica. Una vez se le haya explicado en qué consiste y presentado los materiales, se pasará a realizar dicha actividad.

En primer lugar, tendremos un mural de gran tamaño en el suelo. En la parte de arriba, encontraremos las emociones básicas representadas en distintos rostros. Encima de una mesa tendremos 3 recipientes con un material y color diferente en cada uno de ellos.

Lo que tendrá que hacer la alumna será: debajo de cada cara que representa cada una de las emociones, deberá realizar un dibujo o una obra, lo que ella sienta. Utilizará un material y un color para cada emoción. Nosotros observaremos la obra final comentándola con ella si es posible. También observaremos el proceso creador, si la conversación se puede llevar a cabo y la alumna está motivada, se le preguntará en qué situaciones ha sentido cada emoción, ayudándola si no lo consigue.

Sesión 5: “GARABATO DE WINNICOT”.

Temporalización:

Introducción: Explicación de la actividad a través de soporte visual, recalcando los roles que adoptará cada integrante de la pareja, formación de las parejas. 10 minutos aproximadamente.

Desarrollo de la actividad: 40 minutos aproximadamente.

Reflexión: 15 minutos aproximadamente.

Agrupación: Gran grupo, por parejas

Recursos:

Materiales:

- ✓ Ceras de colores
- ✓ Cartulinas de colores

Espaciales:

- ✓ Aula ordinaria

Humanos:

- ✓ Maestro/a terapeuta
- ✓ Alumno/a en prácticas

Objetivos de la sesión:

- ✓ Fomentar las relaciones sociales con el resto de alumnos/as
- ✓ Iniciarse en una conversación
- ✓ Trabajar la psicomotricidad
- ✓ Desarrollar la creatividad e imaginación
- ✓ Trabajar su autonomía

Descripción de la sesión:

Esta sesión se realizará por parejas, en concreto a Frida la pondremos de pareja con un/a alumno/a tranquilo/a y paciente.

La actividad consistirá en que cada uno deberá crear una figura con ceras pero no la terminará, y el otro deberá terminarla, poniéndole nombre a la obra creada.

Cuando hayan terminado, se comentarán cada una de las obras, intentando que nos expliquen qué son y qué nombre les han puesto, incluido Frida.

Sesión 6: “REPRESENTAMOS LAS EMOCIONES”.
Temporalización: <u>Introducción:</u> Explicación de la actividad a través de soporte visual, mediante consignas claras, también explicaremos y mostraremos el material. 10 minutos aproximadamente. <u>Desarrollo de la actividad:</u> 40 minutos aproximadamente. <u>Reflexión:</u> 15 minutos aproximadamente.
Agrupación: Individual.
Recursos: <u>Materiales:</u> <ul style="list-style-type: none">✓ Bolsas de papel✓ Ceras de colores <u>Espaciales:</u> <ul style="list-style-type: none">✓ Aula específica <u>Humanos:</u> <ul style="list-style-type: none">✓ Maestro/a terapeuta✓ Alumno/a en prácticas
Objetivos de la sesión: <ul style="list-style-type: none">✓ Aprender a identificar el nombre de las emociones✓ Expresar las emociones a través del lenguaje corporal de forma correcta✓ Distinguir las emociones en la expresión facial✓ Adquirir hábitos saludables para su bienestar emocional
Descripción de la sesión: Esta actividad se divide en dos apartados: En el primero el/la alumno/a deberá dibujar cada emoción en una bolsa de papel, si necesita ayuda se la proporcionaremos. La emoción la dibujará con una cara, es decir, si se le pide que dibuje alegría, deberá dibujar una cara sonriente. Deberá reconocer que cuando alguien muestra alegría sonríe, por lo tanto deberá hacerla sonriendo. Una vez haya dibujado cada emoción en la bolsa de papel, pasaremos a realizar la segunda parte de la actividad. En ésta, Frida deberá poner el brazo

dentro de una de las bolsas, y deberá representar la misma emoción dibujada en la bolsa, en la medida de lo posible, a través de una expresión facial o corporal.

Sesión 7: “SENTIMOS LA MÚSICA”.

Temporalización:

Introducción: Explicación de la actividad a través de soporte visual, con consignas claras. Explicaremos y mostraremos el material. 10 minutos aproximadamente.

Desarrollo de la actividad: 40 minutos aproximadamente.

Reflexión: 15 minutos aproximadamente.

Agrupación: Gran grupo.

Recursos:

Materiales:

- ✓ Pintura acrílica de colores
- ✓ Recipientes
- ✓ Papel de mural
- ✓ Celo
- ✓ Periódicos
- ✓ Jabón
- ✓ 1 rotulador negro

Espaciales:

- ✓ Aula ordinaria

Humanos:

- ✓ Maestro/a terapeuta
- ✓ Alumno/a en prácticas

Objetivos de la sesión:

- ✓ Conocer y expresar las emociones
- ✓ Trabajar la orientación en el espacio
- ✓ Experimentar y expresar diversos tipos de lenguaje artístico
- ✓ Desarrollar la psicomotricidad fina y gruesa
- ✓ Fomentar la relación social

Descripción de la sesión:

En primer lugar, explicaremos la actividad y prepararemos el material, forrando todo el suelo con papel, luego los/as alumnos/as se descalzarán, si lo desean.

Seguidamente, pasaremos a realizar la actividad en la que deberán pintar lo que sienten con cada canción que les pondremos. A continuación, asignaremos una emoción al dibujo que han realizado, éste lo podrán hacer con cualquier parte del cuerpo.

Al finalizar colgaremos el mural en clase y lo comentaremos.

Sesión 8: “CONOCEMOS PINTORES”.

Temporalización:

Introducción: Explicación de la actividad a través de soporte visual. 10 minutos aproximadamente.

Desarrollo de la actividad: 40 minutos aproximadamente.

Reflexión: 15 minutos aproximadamente.

Agrupación: Individual.

Recursos:

Materiales:

- ✓ Pintura acrílica de colores
- ✓ Hojas en blanco
- ✓ Un pincel
- ✓ Un recipiente con agua
- ✓ Cartulinas con las imágenes de la vida de German
- ✓ Cartulina con la imagen de la obra “Secándose las lágrimas”

Espaciales:

- ✓ Aula específica

Humanos:

- ✓ Maestro/a terapeuta
- ✓ Alumno/a en prácticas

Objetivos de la sesión:

- ✓ Identificar emociones en los demás
- ✓ Aprender a representar las emociones

<ul style="list-style-type: none">✓ Fomentar la psicomotricidad fina✓ Desarrollar la conversación
<p>Descripción de la sesión:</p> <p>En primer lugar, realizaremos lo de cada sesión: pondremos el reloj de arena en marcha y le explicaremos detalladamente y de forma clara en qué consistirá esta actividad.</p> <p>Nos centraremos en el pintor German, en concreto en la obra “Secándose las lágrimas”. (Anexo 1)</p> <p>Le mostraremos la obra impresa en una hoja, y la explicaremos con imágenes, como si fuera un cuento, la historia de German de forma resumida.</p> <p>Una vez explicado el cuento, volveremos a mostrar la imagen de la obra que hemos elegido, y la niña deberá identificar qué emoción sentía German en esa obra. Una vez lo haya conseguido, le preguntaremos por qué cree que está triste, diciendo que nos señale las lágrimas, las cuales nos hacen ver que está triste.</p> <p>Una vez terminado, le pediremos que se pinte a ella misma cuando está triste, el retrato lo realizará con pinceles y pintura acrílica.</p>
<p>Sesión 9: “MI FAMILIA”.</p>
<p>Temporalización:</p> <p><u>Introducción:</u> Explicación de la actividad a través de soporte visual, poco a poco iremos tomando y estrechando más el vínculo con la alumna. 15 minutos.</p> <p><u>Desarrollo de la actividad:</u> 40 minutos</p> <p><u>Reflexión:</u> 15 minutos.</p>
<p>Agrupación: Individual.</p>
<p>Materiales:</p> <p><u>Materiales:</u></p> <ul style="list-style-type: none">✓ Recipiente con agua✓ Plastilina

<ul style="list-style-type: none">✓ Papeles de periódico <p><u>Espaciales:</u></p> <ul style="list-style-type: none">✓ Aula específica <p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none">✓ Maestro/a terapeuta✓ Alumno/a en prácticas
<p>Objetivos de la sesión:</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Trabajar la individualidad✓ Aprender a representar emociones en los demás✓ Fomentar la psicomotricidad fina✓ Iniciarse en la identificación de emociones de los demás✓ Expresar sus sentimientos y forma de ver a sus seres queridos✓ Experimentar con diversos materiales artísticos
<p>Descripción de la sesión:</p> <p>En primer lugar, pondremos en marcha el reloj de arena que marca, más o menos, la duración de la sesión.</p> <p>Posteriormente, intentaremos establecer una conversación con la alumna, creando contacto visual, donde le explicaremos lo que haremos hoy, a través de una serie de orientaciones sencillas y claras, marcando mucho cuál será el comienzo y el final de la actividad.</p> <p>La actividad, en sí misma, consistirá en representar a los miembros de su familia, de la forma que ella desee a través de plastilina.</p> <p>Comenzaremos dejándole experimentar con el material, donde podrá ver que este material está en continuo movimiento y que nunca se sabe cómo va a quedar. Esto mejorará su frustración al cambio.</p> <p>Una vez haya experimentado y tocado el material, le diremos que cree a su madre y si desea a su padre y hermano. Da igual que ésta no tenga forma de persona o que sea una simple bola, lo que se pretende es que entienda la orden y nos muestre como actúa durante el proceso creador cuando intenta representar a un humano. Observaremos si lo hace con agresividad, con dulzura.</p> <p>Cuando ella consideré que ha terminado, le preguntaremos quién es y cuál es su estado de ánimo.</p> <p>A través de esta actividad, podremos observar si entiende que cada uno de sus seres es independiente a ella, y cómo los ve. Intentaremos atribuirle una</p>

emoción a cada uno de ellos, si es posible.

Sesión 10: “SOMOS PINTORES”.

Temporalización:

Introducción: Explicación de la actividad y de los materiales a través de soporte visual. Al inicio también se formarán las parejas para realizar la actividad. 10 minutos aproximadamente.

Desarrollo de la actividad: 40 minutos aproximadamente.

Reflexión: 15 minutos aproximadamente.

Agrupación: Gran grupo, por parejas.

Recursos:

Materiales:

- ✓ Acuarelas de colores
- ✓ Pinceles
- ✓ Recipientes de agua
- ✓ Cartulinas
- ✓ Sal de colores
- ✓ Pegamento

Espaciales:

- ✓ Aula ordinaria

Humanos:

- ✓ Maestro/a terapeuta
- ✓ Alumno/a en prácticas

Objetivos de la sesión:

- ✓ Trabajar diversas formas de expresión
- ✓ Identificar emociones
- ✓ Desarrollar relaciones sociales
- ✓ Experimentar con diversos materiales plásticos

Descripción de la sesión:

Tras haber realizado la explicación de la actividad, se pasará a formar parejas y a proporcionar el material necesario.

En esta actividad deberán dibujarse unos a otros. Lo realizarán con acuarelas

y lo podrán decorar con sal de colores. Una de las parejas deberá expresar con la cara una emoción y la otra tratará de representarla y plasmarla en el papel.

A Frida se le proporcionará ayuda si lo necesita, ayudándola a identificar la emoción y a plasmarla.

Posteriormente, se hará una puesta en común procurando que todos los alumnos participen.

6.8.- Evaluación

La evaluación se llevará a cabo una vez se haya finalizado la propuesta.

Ésta se realizará a través de la observación continua durante todas las sesiones, tanto las individuales como las colectivas. También se impartirá una evaluación a través de una hoja de registro, donde se valorarán diversos aspectos como:

- Los materiales
- La persona y cómo ésta se desenvuelve con los materiales, los objetos, el espacio, con la/el maestra/o, el tiempo y la obra
- La obra

Nombre: _____

Edad: _____

Situación:

REGISTRO DE LA SESIÓN N °

HOJA DE REGISTRO
CUALIDADES DE LOS MATERIALES
LENGUAJE ARTÍSTICO:
LÍQUIDOS – SÓLIDOS - DUROS – BLANDOS
GRANDES – PEQUEÑOS
VERTICALES – HORIZONTALES

CÁLIDOS – FRÍOS
OBSERVACIONES:
PERSONA
CÓMO UTILIZA LOS OBJETOS
DE MANERA ESTEREOTIPADA
DE MANERA CREATIVA
PARA ESTABLECER RELACION CON LA ATTA
COMO BARRERA
PARA AGREDIR
INVISTIENDO AFECTIVAMENTE EL OBJETO
PARA COMUNICARSE
PARA EL JUEGO SIMBÓLICO
OBSERVACIONES
MANERA EN QUE ESCOGE Y MANIPULA LOS MATERIALES
LIBREMENTE – POR INICIATIVA PROPIA
IMITACIÓN
SIGUIENDO INDICACIONES
CASUALMENTE

PIDE AYUDA
OBSERVACIONES
RELACIÓN CON EL ESPACIO
DÓNDE SE SITÚA
CÓMO OCUPA EL ESPACIO
<p>ESPACIO EN EL SOPORTE:</p> <p>hoja horizontal- vertical</p> <p>bidimensional-tridimensional</p> <p>simétrico-asimétrico</p>
OBSERVACIONES
RELACIÓN CON OTROS
CIERRA SU ESPACIO (SE AISLA)– ABRE SU ESPACIO
INVADE EL ESPACIO DE OTROS
CÓMO TOLERA O SE DEFIENDE EL A LA INVASIÓN DE LOS DEMÁS
AUTORIDAD Y PODER (se revela a la autoridad y las normas, impone, acepta, etc.)
SE RELACIONA CON CONFIANZA CON LOS DEMÁS
LE GUSTA TRABAJAR SOLO – EN COMPAÑÍA

CUANDO SE EQUIVOCA ASUME RESPONSABILIDAD
LIDERAZGO
COMPARTIR
PARTICIPACIÓN
MECANISMOS DE DEFENSA CON LOS COMPAÑEROS
TIPO DE APEGO CON LOS COMPAÑEROS
OBSERVACIONES
RELACIÓN CON LA ARTETERAPEUTA
RESPETA LAS NORMAS
PIDE AYUDA
MIMETIZA
CONFRONTA
MECANISMOS DE DEFENSA CON LA ATTA
TIPO DE APEGO CON LA ATTA
TRANSFERENCIA
CONTRATRANSFERENCIA
OBSERVACIONES
RELACIÓN CON EL TIEMPO
CAPACIDAD DE AJUSTE AL TIEMPO DE LA SESIÓN

RITMO
EXCUSAS PARA IRSE DE LA SESIÓN
CAMBIO DE ACTITUD AL INICIO O AL FINAL DE LA SESIÓN
OBSERVACIONES
RELACIÓN CON LA OBRA
ACTITUD POSITIVA – NEGATIVA – AMBIVALENTE Con la obra Con su realización
RELACIONA VIVENCIAS PROPIAS CON ELEMENTOS O PROYECCIONES EN LA OBRA – IDENTIFICACIÓN
TOLERANCIA ANTE RESULTADOS IMPREVISTOS – LO DESCONOCIDO O INCOMPENSIBLE
EXPRESA NECESIDAD DE LLEVARSE LA OBRA
DESECHA LA OBRA / PIDE REVISITARLA
EMOCIONES PRODUCIDAS POR LA OBRA (SATISFACCIÓN, ALEGRÍA, TRISTEZA, RABIA, MIEDO, VERGÜENZA, ETC)

CONCENTRACIÓN
VALOR DADO A LA OBRA
REFLEXIONA SOBRE EL MATERIAL USADO O LA FORMA DE USARLO
VERBLIZA SU EXPERIENCIA CON LA OBRA (internalización)
AUTORREFERENCIAS EN LA OBRA (SE VE EN ELLA, SE RETRATA, COMO APARECE EN ELLA)
RECHAZO DE LA IMAGEN O ALGÚN ELEMENTO DE LA MISMA
CÓMO SE RESUELVE EL RECHAZO
OBSERVACIONES
LA OBRA
COMPOSICIÓN (DINÁMICA, ESTÁTICA, ABIERTA, CERRADA, FRAGMENTADA, EQUILBRADA)

LÍNEA (SIMETRÍA, CALIDAD, CONTINUIDAD, FRAGMENTACIÓN)
USO DE LA METÁFORA
REPETICIÓN DE ELEMENTOS ANTERIORES
COLOR
CAMBIOS
OBSERVACIONES
NOTAS SOBRE LOS VÍNCULOS RELACIONALES
OBSERVACIONES GENERALES (interiorización y exteriorización de sus procesos)

7.- DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

En el presente trabajo se ha realizado un análisis exhaustivo de lo que es el Trastorno del Espectro Autista. Para esto, hemos escogido a los principales autores que desarrollan y tratan este trastorno, para poder entenderlo y crear una propuesta que se pueda sustentar en bases ciertas. He nombrado las principales teorías por las cuales se dice que poseen ciertos déficits, aunque hay que destacar que aún no se sabe a ciencia cierta qué es lo que produce este tipo de trastorno.

Por otro lado, he analizado lo que es la Arteterapia y cuáles son sus aportaciones en centros escolares y en relación con este trastorno, nombrando a los autores más destacados en esta terapia.

Una vez realizado el estudio, he creado este proyecto construido a partir de datos reales extraídos de artículos y libros, los cuales han realizado estudios que han sido verificados. Mi propuesta, al contrario de estos estudios, no ha sido comprobada, ya que la he realizado partiendo de un caso hipotético. Esta propuesta no se ha llevado a la práctica, aunque ha sido creada para poder ser utilizada en un caso que posea unas características similares.

Lo que pretendo con este trabajo es resolver la hipótesis que me planteo, demostrando también la compatibilidad que tiene la Arteterapia con la mejora de las emociones en los niños y niñas que poseen TEA. De la misma forma, aspiro a que esta mejora en el reconocimiento de sus emociones proporcione un aumento de sus relaciones sociales, ámbito en el que poseen grandes problemas.

Con la propuesta no logro saber cuál es la respuesta de la hipótesis, pero sí que logro conocer, con el análisis de los artículos expuestos, que la Arteterapia sirve como medio de expresión de aquellos sentimientos y emociones que no somos capaces de expresar verbalmente. Considero, por tanto, que a través de las actividades, podemos lograr que exprese sus emociones, realizando una serie de actividades en las que se trabajen las emociones en sí mismas, cómo identificarlas en los demás y en sí mismos.

8.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y WEBGRÁFICAS

- Arteterapeutas, A. p. (s.f.). *Asociación profesional española de arteterapeutas*. Recuperado el 20 de 11 de 2017, de <http://www.arteterapia.org.es/>
- Barragán Rodríguez, C. E. (2006). *Arteterapia: Dinámicas entre creación y procesos terapéuticos*. Murcia: Universidad de Murcia.
- Collo, C. (2007). *Las competencias básicas en educación infantil*. Madrid: alianza.
- Duncan, N. (2007). Trabajar a las emociones en arteterapia. *Rev. Papeles de arteterapia y educación artística.*, Vol 2, 39-49.
- Enseñat Cantallops, R. R. (2015). *Neurología pediátrica*. Madrid: síntesis.
- Fernández. (2003). Creatividad, arteterapia y autismo. Un acercamiento a la actividad plástica como proceso creativo en niños autistas. *Arte, individuo y sociedad*, 135-152.
- Fernández, R. (2007). Aplicaciones del Arteterapia en el aula como medio de prevención para el desarrollo de la autoestima y el fomento de las relaciones sociales positivas: "Me siento vivo". *Rev. Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social.*, Vol 2, 275-291.
- González, M. M. (2014). El tratamiento de niños con trastorno del espectro autista. aportación multidisciplinar del centre terapèutic—educatiu carrilet *Rev. Temes del psicoanàlisis*, 1-38.
- Guerri, M. (2013). *Psicoactiva, ¿Qué son las emociones?* Recuperado el 9 de 11 de 2017, de <https://www.psicoactiva.com/blog/que-son-las-emociones/>
- Happe. (1994). *Introducción al autismo*. Madrid: Alianza editorial.
- Iturbe-Ormaeche, M. J. (12 de mayo de 2015). *Autismo diario: El arte como forma de intervención en el autismo*. Recuperado el 15 de 10 de 2017, de <https://autismodiario.org/2015/05/12/el-arte-como-forma-de-intervencion-en-el-autismo/>
- Izuela, V. (2012). Competencias profesionales e investigación en Arteterapia. *Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, Vol 7, 13-26.
- J. Tirapu-Ustárróz a, G. P.-S.-B.-V. (2007). ¿ Qué es la teoría de la mente? *Rev Neurol*, Vol 44, 479-481.
- Juarez, R. (2016). Arteterapia y autismo: El desarrollo del arte en la escuela. *Rev. Publicaciones diádicas*, 31-47.

- Lowenfelt. (1997). *El niño y su arte*. Buenos Aires: Kapelusz.
- Lebon, (. f. (2014). *El desarrollo neurofuncional del niño y sus trastornos*. LEBON.
- M. Bayés a, J. R.-Z.-T. (2005). Genotipado a gran escala en la investigación del trastorno del espectro autista y trastorno por déficit con hiperactividad. *Rev. Neurol*, Vol 40, 187-190.
- Marxen, E. (2011). *Diálogos entre arte y terapia: del "arte psicótico" al desarrollo de la arteterapia y sus aplicaciones*. Madrid: Gedisa. S.A.
- Miguel, M. (2006). El mundo de las emociones en los autistas. *Rev electrónica. Teoriza de la educación. educación y cultura en la sociedad de la información*, 169-183.
- Murillo, A. (20013). *Tan lejos, tan cerca*. Ebookation.
- Benito, M. (2011). El autismo de Leo Kanner. *Innovación y experiencias educativas*, 1-8.*El autismo de Leo Kanner*. (2011).
- Moreno, A. (2016). Arteterapia y autismo. Fragmentos de dos casos prácticos. *Sublimarte. Revista digital de terapias creativas*, Vol 7, 13-20.
- Nieto, C. (2009). Autismo infantil y neuronas espejo. *Rev Neurología*, Vol 48, 27-29.
- Polo Dowmat, L. C. (2004). Técnicas plásticas del arte moderno y la posibilidad de su aplicación en arte terapia: tesis doctoral. . Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- V.L, R. (2013). Empatía, Cognición social y trastornos del espectro autista. *Rev Neurol*, Vol 56, 13-21.
- Valderas, B. (2011). El autismo de Leo Kanner. *Innovación y experiencias educativas*, 1-8.
- Valdez. (2001). *Autismo: enfoques actuales ara padres y profesionales de la salud y la educación*. Buenos Aires: Serie Autismo.
- Valdez. (2005). *Evaluar e intervenir en el autismo*. Madrid: Aprendizaje, Ant Machados Libros. En Práctica.
- Boe 00.5.Orden ECI/3960/2007, 19 de diciembre, por la que se establece el currículo y se regula ordenación en la educación infantil (2007).
- American Psychiatric Association (2014): *DSM-V-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Masson, Barcelona.

UNESCO. 1994 Declaración y Marco de Acción sobre Necesidades Educativas Especiales.

Martos, R. (2000). *El niño pequeño con autismo*. APNA Asociación de Padres de Niños Autistas.

Moreno, A (2016/17) *Apuntes Psicopatología infantil* Universidad de Zaragoza, Grado en Educación Infantil.

Cita “eafismos”.(2008) M,Pabon. *Diccionario Manual, Griego clásico- Español*. Ed. Vox . p166-167.

CIE-10, Guía de bolsillos 2000

ANEXOS:

- Anexo 1:



Obra: "Secándose las lágrimas" de German 1999