

TRABAJO DE FIN DE GRADO

**“Microprograma de intervención
psicopedagógica para el tratamiento de niños
con Asperger a través del Arteterapia”**



Universidad de Valladolid

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL

GRADO EN EDUCACIÓN INFANTIL

AUTOR: YASMÍN DE LA ROSA PIQUERO

TUTOR: RUFINO CANO GONZÁLEZ

RESUMEN

Este trabajo tiene como finalidad introducir al lector hacia un conocimiento más próximo del Síndrome de Asperger y, al mismo tiempo, acercarle al mundo del Arteterapia.

Para ello, lo hemos estructurado en tres grandes bloques. En el primero hacemos una breve introducción al sobre el concepto de autismo (características, síntomas...). En el segundo centramos nuestra atención abordando y en los aspectos relevante que acompañan al síndrome en cuestión, tarea esencial para conocer el tipo de alumnado al cual nos vamos a dirigir. El último bloque consta de dos partes; por un lado, hemos elaborado una breve descripción de lo que es el Arteterapia y, por otro, hemos diseñado una breve propuesta didáctica siguiendo la metodología propia de la arteterapia Después de haber puesto en práctica dicha intervención, se espera alcanzar resultados positivos en el alumnado.

Palabras clave: Trastorno del espectro autista, síndrome de Asperger, educación infantil, arteterapia, propuesta didáctica.

ABSTRACT

This work aims to introduce the reader to a closer knowledge of Asperger's Syndrome and, at the same time, to bring him closer to the world of Arteterapy.

To this end, we have structured it into three large blocks. In the first we make a brief introduction to the concept of autism (characteristics, symptoms...). In the second we focus our attention on and the relevant aspects that accompany the syndrome in question, essential task to know the type of students to which we are going to turn. The last block consists of two parts; on the one hand, we have drawn up a brief description of what is Arteterapia and, On the other hand, we have designed a short didactic proposal following the methodology of artetherapy After having put this intervention into practice, we hope to achieve positive results in the students.

Key words: Autism spectrum disorder, Asperger syndrome, pre-school education, art therapy, didactic proposal.

AGRADECIMIENTOS

A mis familiares, por todo el apoyo que me han brindado desde el minuto uno, soportando mis berrinches y mis ganas de tirar la toalla, pero siempre animándome a seguir cuando parecía que todo se derrumbaba.

A mis maestros, por enseñarme lo bonita que es la educación, por creer en mí durante estos cuatro largos años y hacer que confíe en mí misma.

A mi tutor, Rufino Cano, por ser más que mentor, por guiarme durante estos meses de trabajo y confiar en mí para llevar a cabo este proyecto.

A mis amigos, por ser mucho más que eso; por dejarme su hombro para llorar cuando no podía más; por estar ahí siempre que se me caía el mundo encima y por darme la fuerza que necesitaba para seguir.

A todos, en general, por haber formado parte de este proceso y haber dejado huella en mí.

CONTENIDO

| | |
|------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. INTRODUCCIÓN | 6 |
| 1.1. JUSTIFICACIÓN | 6 |
| 1.2. OBJETIVOS | 8 |
| 1.2.1. OBJETIVO GENERAL | 8 |
| 1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 8 |
| 2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA Y ANTECEDENTES | 9 |
| 2.1. DEFINICIÓN DE ALUMNOS CON TEA | 9 |
| 2.2. CARACTERÍSTICAS DE ALUMNOS CON TEA | 10 |
| 2.3. FACTORES DE ALUMNOS CON TEA | 11 |
| 2.4. SINTOMATOLOGÍA | 11 |
| 2.5. DIAGNÓSTICO | 12 |
| 3. EL SÍNDROME DE ASPERGER | 13 |
| 3.1. CARACTERÍSTICAS DE ALUMNOS CON SÍNDROME DE ASPERGER. | 14 |
| 3.2. TEORÍAS SOBRE EL SÍNDROME DE ASPERGER | 15 |
| 3.2.1. Teoría de la Mente | 16 |
| 3.2.2. Teoría de la Disfunción Ejecutiva | 16 |
| 3.2.3. Teoría de la Coherencia Central | 16 |
| 3.2.4. Teoría de la Intersubjetividad | 16 |
| 3.3. DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN DEL SÍNDROME DE ASPERGER | 17 |
| 3.4. CONTEXTO FAMILIAR Y ESCOLAR: DIFICULTADES | 20 |
| 3.5. AREAS DE INTERVENCIÓN: ESTRATEGIAS | 20 |
| 4. METODOLOGÍA Y DISEÑO DE INTERVENCIÓN. | 24 |
| 4.1. EL ARTE Y LA ESCUELA | 26 |
| 4.2. DISEÑO DE LA INTERVENCIÓN | 27 |
| 4.2.1. OBJETIVOS | 27 |
| 4.2.2. CONTENIDOS | 27 |
| 4.2.3. TÉCNICAS | 28 |
| 4.2.4. RECURSOS | 29 |

| | |
|------------------------------------------------|-----------|
| 4.2.6. INTERVENCIONES | 30 |
| 4.2.7. EVALUACIÓN..... | 36 |
| 4.2.8. REFORMULACIÓN DEL PROGRAMA | 37 |
| 4.2.9. PROSPECTIVA | 37 |
| 5. CONCLUSIONES Y REFLEXIONES | 38 |
| 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 40 |
| 6.1. NORMATIVA | 41 |
| 7. ANEXOS | 42 |

1. INTRODUCCIÓN

La sociedad en la que vivimos deja mucho que desear en aspectos relacionados con la cultura, la política y las prácticas educativas. Desde bien pequeños nos imponen aquello que está bien o es normal, “lo correcto”, cuando resulta que aquello que se considera normalizado en realidad debería ser calificado como mayoritario. Sin dejarnos ver lo que se esconde detrás, intentamos encajar de una u otra forma, aunque existen casos en los que encajar no es principalmente el objetivo, sino vivir del mismo modo que el resto, tener las mismas posibilidades, los mismos derechos, las mismas facilidades, etc.

En este trabajo me quiero centrar en dar una respuesta práctica educativa en favor de aquellos niños que tienen discapacidad intelectual, donde se les incluya en todas y cada una de las actividades que se realicen y puedan formar parte, como uno más, de un entorno tan especial y creativo como es la escuela. Por ello, he pensado en la posibilidad que nos ofrece el Arteterapia, como un buen método para estimular y fomentar el aprendizaje en niños con Síndrome de Asperger a través de diferentes medios artísticos.

La arteterapia contribuye de forma positiva al desarrollo de las cualidades creativas del niño, siendo beneficioso para estrechar lazos con sí mismo y su entorno.

Muchos son los estudios que demuestran que este método es beneficioso para el desarrollo cognitivo y social del niño. En Inglaterra, Evans, K. R. (1998) escribió su tesis doctoral sobre este tema, titulada: “*Art therapy and the development of communicative abilities in children with autism*”. Asimismo, en nuestro país, y más concretamente en la Comunidad Autónoma de Castilla y León contamos con un Centro de autismo de Burgos, que ha sido partícipe de varias exposiciones a nivel europeo donde se reflejaban los trabajos realizados por los alumnos. Entre sus objetivos destacan: mejorar la calidad de vida de las personas con autismo y sus familiares, proporcionar apoyos y ayudas específicas y especializadas favoreciendo la inclusión social y su desarrollo personal, así como promover actitudes sociales positivas hacia estas personas, entre otros. Ellos nos proporcionarán pautas para elaborar, complementar y enriquecer el estudio a realizar.

1.1. JUSTIFICACIÓN

El trabajo que aquí se expone se fundamenta en un estudio acerca del Síndrome de Asperger -un trastorno del espectro autista (TEA)- con rasgos definidos de trastorno de la comunicación y del lenguaje. Dicho estudio nos muestra diversas carencias dentro de nuestro Sistema Educativo, por lo que nos proponemos realizar una intervención educativa dentro de la Etapa de Educación Infantil.

Después de haber echado la vista atrás acerca de la legislación a lo largo de la historia, observamos ciertas problemáticas como pueden ser: los constantes cambios a lo largo de la misma y la consideración del alumnado con Necesidades Educativas Especiales, como mero observador y no como sujeto activo de su propio proceso educativo.

En nuestro país la Ley 14/1970, de 4 de agosto, General de Educación y Financiamiento de la Reforma Educativa, establece la enseñanza obligatoria hasta los 14 años, estructurada en dos etapas (EGB, BUP). En dicha ley no consta referencia alguna de recursos favorables hacia las personas con necesidades especiales.

Seguidamente, el Real Decreto 334/1985, de 6 de marzo, de Ordenación de la Educación Especial, dispone que, todo niño es educable, el fin de la educación sea conseguir el mismo desarrollo de sus posibilidades y capacidades, y la respuesta educativa ha de respetar las diferencias individuales en el desarrollo siempre dentro del marco de la escuela ordinaria.

Con la publicación de la Ley Orgánica de Educación 2/2006, del 3 de mayo, dentro del Título II referido a la Equidad, se establecen como principios: el derecho a la educación y a la obtención de todos los medios necesarios para llevarla a cabo, con aquellos alumnos que tengan Necesidades Educativas Especiales (NEE). Esta ley se constituye como un hito en la atención a la diversidad.

Finalmente, con la Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa, se pretende situar al alumno como centro y razón de ser de la educación, así como hacer de la educación el principal instrumento de movilidad social y favorecer una educación de calidad atendiendo a las capacidades y opciones de desarrollo tanto personal como educativo.

Atendiendo a las diferencias observables que han sido resultado del estudio elaborado, es necesario diseñar y llevar a cabo intervenciones, tanto dentro como fuera del aula, para dar respuesta a las necesidades educativas que dicho alumnado necesita. De ahí, la elección de la temática, “Microprograma de intervención psicopedagógica para el tratamiento de niños con Asperger a través del Arteterapia”, como punto de apoyo para desarrollar este trabajo de fin de grado y de esta manera proporcionar una respuesta que favorezca la inclusión y la normalización de dichos niños y niñas en la escuela y en la sociedad, en general. Asimismo, elegir esta temática suponía acercarme más al ámbito de la Educación Infantil ya que, durante cuatro años, he cursado numerosas asignaturas que me han hecho reflexionar, sobre todo aquellas relacionadas con la psicología y los trastornos y tener más claro qué camino elegir al terminar.

Principalmente destacar “*Psicología del Desarrollo*” y “*Fundamentos de la Atención Temprana*”. Dichas asignaturas han consolidado mis conocimientos sobre diversas enfermedades y trastornos y han sido de gran ayuda para decantarme a la hora de elegir el tema. Sin duda, el

resto que conforman los 4 años de grado, también forman parte de este proyecto de una u otra manera.

En consecuencia, voy a fundamentar mi trabajo en varios autores que describen este trastorno como una carencia en la comunicación y patrones de comportamiento y socialización restringidos. Por un lado, Leo Kanner (1943) y Hans Asperger (1944), pioneros y descubridores del Trastorno del Espectro Autista y, por otro lado, Jean Piaget, que en sus estudios establece la Etapa Preoperacional como punto de partida del desarrollo de los aspectos fundamentales asociados al lenguaje y a la comunicación, y Eugen Bleuler, que considera este trastorno como una desvinculación total o parcial de la persona con la realidad.

Habiendo concluido dicho estudio, pasaré a realizar la planificación de una intervención inclusiva, constituida por una secuencia de actividades, estrategias de modificación de conducta, evaluaciones, etc..., todas ellas a través del Arteterapia, que se podrán poner en práctica tanto en un aula como en el ámbito familiar.

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. OBJETIVO GENERAL

Diseñar un microprograma, a partir de una pequeña investigación, de intervención e inclusión educativa a través del Arteterapia para alumnos con Síndrome de Asperger en un aula de Educación Infantil.

1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Enumerar las características de los alumnos con Trastorno del Espectro Autista (TEA), destacando firmemente aquellas que alberga el Síndrome de Asperger.
- Describir cuales son los rasgos clínicos del Síndrome de Asperger.
- Definir pautas para una buena intervención de Arteterapia (teórica y práctica) en el aula.
- Resaltar la importancia del papel de los padres y de la etapa de Educación Infantil para el desarrollo intelectual, entre otros, de alumnos con Síndrome Asperger.

2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA Y ANTECEDENTES

Según la definición dispuesta en el *Libro Blanco de la Atención Temprana*, ésta se entiende como “el conjunto de intervenciones dirigidas a la población infantil de 0 a 6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos...” (p.12)

Es necesario que, para el diseño de una propuesta de intervención psicopedagógica, se realice un estudio teórico del trastorno, en este caso, del Síndrome de Asperger, enmarcado dentro del Trastorno del Espectro Autista.

2.1. DEFINICIÓN DE ALUMNOS CON TEA

“...el autismo, aunque puede ser considerado una condición de interés médico, un síndrome patológico, debe considerarse también toda una manera de ser, una identidad totalmente distinta que necesita ser consciente (y estar orgullosa) de sí misma.” (Oliver Sacks, 1999).

Así comienza la película, “Hay alguien allí”, dirigida por Eduardo Vioria (2014), un documental en el que se refleja dos enfoques o espejos diferentes de ver el autismo: a) como enfermedad (así lo describen en la película) y como forma de ser de un ser humano. Es por ello que considero interesante comenzar con esta frase como punto de reflexión sobre el futuro de estas personas, en términos sociales y, por supuesto, sobre el compromiso responsable de quienes estamos formándonos como maestros/as comprometidos con la educación y formación inclusiva de estas personas, hoy aún niños, mañana jóvenes y adultos.

Cuando hablamos de autismo es necesario tener en cuenta las definiciones que se han ido construyendo, con en punto de mira puesto, en su sintomatología o cuadro clínico puesto que a la hora de comparar dichas definiciones o conceptos es fácil encontrar puntos de inflexión.

De esta manera, para E. Bleuler (1910), que utilizó por primera vez el término “autismo” con pacientes adultos que padecían esquizofrenia, el autismo es considerado una desvinculación de la realidad acompañada de un predominio absoluto o relativo de la vida interior. Más tarde, J. Piaget (1923), consideraba el autismo como una primera fase de la ontogénesis del desarrollo normal. Años más tarde, L. Kanner (1943), lo asociaba a una falta de contacto afectivo y un conjunto de deficiencias y anomalías del lenguaje que en la primera infancia imposibilita la interacción con el entorno (retracción).

En consecuencia, este tipo de trastorno del espectro autista (en adelante, TEA), es decir, que afecta a personas diferentes y en grados muy distintos, es considerado un trastorno del neurodesarrollo, caracterizado por un deterioro en la comunicación e interacción social, con deficiencias emocionales notables y comportamientos e intereses restringidos y estereotipados. Se trata, pues,

de un trastorno considerado “raro”. Según estudios epistemológicos, se estima que este trastorno afecta a 4-5 niños de cada 10.000, Por otro lado, refiriéndonos al Síndrome de Asperger, las estadísticas nos hablan que esta afectación se eleva a la cifra de entre 20-30 niños de cada 10.000. Además, a ello hemos de añadir que entre 60-90 niños de cada 10.000 muestran alguna/as de las deficiencias multicausales por las que se ven afectados ciertos niños (las niñas en menor proporción) inmersos en este círculo complicado del TEA.

2.2. CARACTERÍSTICAS DE ALUMNOS CON TEA

Entre las muchas y variadas características que evidencian los niños que padecen autismo, tres de ellas, referidas al ámbito social, suelen ser bastante comunes, de ahí que se le atribuya el nombre de “tríada de afecciones”, por cuanto que sus elementos específicos se presentan muy vinculados entre sí en este tipo de trastorno.

Lorna Wing (1988), añade una dimensión más a las tres primeras que forman la Tríada de Wing), a saber:

- Alteración en la capacidad de comunicación social (verbal y no verbal): el rango varía según el grado de deficiencia comunicativa que presenten; es decir, existen niños que adquieren el lenguaje normalmente o de forma precoz y, por el contrario, otros ~~que~~ ni siquiera llegan a articular palabra. Además, algunos pueden presentar ecolalias, lo que incrementa la necesidad urgente de dotar a estos niños de un sistema alternativo, complementario y eficaz de comunicación, generalmente no verbal, y, al mismo tiempo, de fomento de las relaciones sociales, aspecto éste muy importante en la vida de las personas en ámbitos diferentes.
- Alteración en la capacidad de reconocimiento social: los niños con autismo, en ocasiones, se muestran ensimismados y tienen problemas a la hora de relacionarse con los demás, por lo que es de gran importancia enseñarles habilidades sociales que les permitan desarrollarse dentro de su entorno.
- Alteración en la destreza de comprensión e imaginación social: entender a los demás, darse cuenta de lo que sienten o piensan, resulta complicado o prácticamente imposible para las personas afectadas de autismo ya que manifiestan rutinas propias de un pensamiento inarticulado e inflexible, lo que, con frecuencia, les ocasiona no pocos estados de ansiedad severa, de rechazo a aceptar consejos e imitar ejemplos que reciben de las personas. Son muy poco o nada proclives al cambio y a las interacciones, son muy obsesionados y buscan refugios en sí mismos; suelen mantener conductas enrabiadas; muestran dificultades en el juego, se crean sus propias situaciones, incluso se inventan un “otro yo” con el que jugar.

- Asociado por patrones repetitivos y rígidos de comportamiento: rutinas, normas, estereotipias.

2.3. FACTORES DE ALUMNOS CON TEA

Podemos hablar de las causas del autismo atendiendo a factores de riesgo genéticos que, como es bien sabido, inducen a cambios que afectan, seriamente, a la estructura y funcionamiento del cerebro, y a factores externos de carácter, medioambiental como desencadenantes más conocidos hasta este momento. Las últimas investigaciones plantean otros factos de tipo psicológico y neurológico.

Entre los factores genéticos, los estudios realizados apuntan a la existencia de una la asociación entre estos y el historial clínico familiar (la existencia de algún caso de TEA o la aparición de algún familiar con esquizofrenia u otro trastorno psicótico), así como un posible conjunto de mutaciones genéticas causantes del trastorno. En este sentido, los expertos estiman que el 90% de las personas que padecen de autismo es debido a una alteración en la estructura genética como consecuencia de una mutación en algún gen, sin que aún se conozca qué mutación específica es la causante.

Por otro lado, existen numerosos factores medioambientales como pueden ser la prematuridad y el bajo peso al nacer, una avanzada edad de los progenitores, exposiciones a contaminantes, etc. Pero hemos de tener en cuenta que estos factores no causan autismo, sino que el conjunto de ambos aumenta el riesgo de padecerlo.

2.4. SINTOMATOLOGÍA

Cuando hablamos de los síntomas que puede presentar un niño con rasgos autistas, debemos tener en cuenta que no todos ellos acaparan todas de las opciones. Si bien es cierto que una gran mayoría de ellos presentan un porcentaje elevado de ellos.

Entre los síntomas encontramos:

- Repetición de conductas o comportamientos inusuales.
- Gran interés por ciertas cosas, como objetos en movimiento.
- Reacciones negativas por alteraciones en las rutinas o cambios en el entorno.
- Mínimo contacto visual o errático.
- Dificultad para mantener conversaciones.
- Ecolalia (repetición de aquello que escuchan).
- Dificultad para comprender bromas e ironías, así como para entender el punto de vista de los otros.
- Sensibilidad sensorial (luz, ruido, texturas...).

- Ensimismamiento, etc.

Sin embargo, los niños que presentan algún tipo de TEA pueden tener síntomas positivos como, por ejemplo: una inteligencia superior a la de la media, ser capaces de aprender y recordar información detalladamente y poseer memoria visual y auditiva.

2.5. DIAGNÓSTICO

Un diagnóstico es un proceso de deducción en el cual un grupo de especialistas, en base a sus conocimientos y experiencias, tratan de dar una respuesta clínica a través de un buen plan de intervención, adecuándose a las características de la persona diagnosticada. Todo proceso de evaluación parte, generalmente, de un esquema común: recogida de información del historial personal y clínico, evaluación médica y evaluación psicológica.

Hasta hace unos años, diagnosticar este trastorno podía resultar difícil e incluso, imposible para algunos. Sin embargo, actualmente existen numerosos métodos y elementos de diagnóstico reconocidos y estandarizados, así como programas de tratamiento e intervención. Cabe decir que, aunque es raro que se diagnostique un autismo antes de los 2-3 años de edad, sí es posible. Las primeras personas en notar una actitud extraña en el niño son los padres, alegando que su hijo es muy tranquilo, no llora, no se queja... en conclusión, es “pasivo” ante cualquier tipo de estímulo. Ante este cuadro conductual, lo que procede es la exploración clínica y elaboración de un diagnóstico médico-pediátrico mediante la observación y aplicación de las pruebas que se consideren necesarias y pertinentes a efectos de determinar si el paciente (niño) está, o no, afectado por el síndrome o trastorno objeto de atención médica. Pero con el diagnóstico no se alcanza el final del camino; simplemente constituye un paso necesario para recabar información, valorarla, entender lo que sucede y, finalmente, establecer pautas de intervención y sugerir ayuda.

Existen diversas herramientas para hacer un diagnóstico mediante instrumentos estandarizados (DSM-V y CIE-10), cuestionarios y escalas de evaluación para codificar el comportamiento del niño (Checklist for Autism in Toddlers (CHAT), Escala de Evaluación del Autismo Infantil (CARS, en inglés), Gilliam Autism Rating Scale (GARS), etc.

Después de haber abordado el autismo desde un planteamiento general, me centraré en describir, de manera detallada, el Síndrome de Asperger; síndrome que se describe en el nuevo DSM-V como un “autismo leve”, para, posteriormente, proceder al diseño de un microprograma de intervención psicopedagógica para el tratamiento de niños con Asperger a través del Arteterapia por sesiones, como podrán observar más adelante.

3. EL SÍNDROME DE ASPERGER

El síndrome de Asperger (SA) es considerado en los manuales de diagnóstico como uno de los trastornos generalizados del desarrollo (TGD) dentro del espectro autista (TEA). Con impactos negativos en las esferas de la interacción social, en la comunicación, tanto verbal como no verbal, en conductas egocéntricas y resistentes frente al cambio, en la rigidez de pensamiento, en la delimitación de los intereses personales, tienen importantes dificultades de socialización con sus compañeros, suelen poseer un buen potencial memorístico en aspectos concretos y muestran habilidades en el área de las matemáticas y, en general. Les gustan los ambientes estructurados mediante rutinas y, sobre todo, son niños que demandan mucha atención, comprensión y una buena dosis de cariño y paciencia frente a la frustración y ansiedades.

Como he mencionado al principio de este documento, la primera definición del término “Asperger” (en la antigüedad, Psicopatía Autista) fue elaborada por Hans Asperger (pediatra y psiquiatra austríaco) y presentada en su tesis doctoral (1944) en la que se refería a cuatro individuos, con edades comprendidas entre los 6 y 11 años, que manifestaban habilidades cognitivas, sociales y lingüísticas poco normales o inusuales, además de una acentuada dificultad en la interacción social. Junto a Hans Asperger, su coetáneo Leo Kanner (psiquiatra austríaco) quien, a través de sus trabajos de investigación clínica, propició una nueva definición de dicho trastorno, aunque es cierto que con muchos aspectos comunes con la de su compañero de profesión. Ambos describían a niños con un nivel de interacción social nefasto, casi invisible y con altas capacidades y habilidades. Sin embargo, cada uno tomó un camino para desarrollar su estudio. Así, Kanner se centró sus investigaciones más en las características autistas, mientras que Asperger fijó su atención en las capacidades de los infantes.

Basándose en estos y otros estudios, el término que hoy en día conocemos como “Síndrome de Asperger” fue utilizado, por primera vez, por la psiquiatra británica Lorna Wing, en 1981, para referirse a un grupo de pacientes, del hospital en el que era residente, que presentaban los mismos rasgos que los descritos con anterioridad por Hans Asperger. Creó así la Tríada (ya descrita con anterioridad), que actualmente, como el resto de las definiciones del síndrome, aún siguen sin ser del todo definitivas, ya que estamos ante un trastorno con diagnóstico y tratamiento en tiempo real; es decir, a día de hoy se sigue investigando, tanto las causas como los posibles formatos o protocolos de diagnóstico e intervención para un correcto desarrollo intelectual, motriz, etc. de los niños afectados.

Aunque el término “Síndrome de Asperger” fue utilizado, por primera vez, en 1981, por la psiquiatra londinense Lorna Wing (Asperger’s Syndrome: a Clinical Account), sin embargo no fue reconocido, oficialmente, hasta principios de los años 90 en los sistemas internacionales de clasificación de trastornos mentales (CIE-10, *Clasificación Internacional de las Enfermedades de*

la Organización Mundial de la Salud en 1992 y DSM IV (*Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación de Psiquiatría Americana* en 1998).

Este trastorno se caracteriza por una perturbación generalizada en las diferentes áreas del desarrollo del niño como resultado de su bajo nivel o de su menor edad mental. Está considerado como la forma o manifestación más leve del autismo, menos severo y con mayor grado de rendimiento; es decir, el niño afectado posee mayor habilidad cognitiva (CI normal o talento específico) y unas habilidades de lenguaje normales, aunque en el entorno social y pragmático aparezcan importantes dificultades. Es de interés considerar que existen conexiones entre el SA y el autismo sin retraso mental o de alto funcionamiento, aunque esto sigue siendo una cuestión sin resolver.

3.1. CARACTERÍSTICAS DE ALUMNOS CON SÍNDROME DE ASPERGER.

Teniendo en cuenta que este síndrome está dentro de los TEA, las características son semejantes, aunque no en su totalidad. Para ello, me voy a centrar en los puntos fuertes y débiles (Blog Mundo Asperger):

Tabla nº1 Fortalezas y debilidades

| PUNTOS FUERTES | PUNTOS DEBILES |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Inteligencia normal o superior | Déficit en la cognición social |
| Buen nivel de lenguaje y amplio vocabulario | Déficit en las habilidades de organización y planificación |
| Memoria mecánica excepcional | Déficit en habilidades de comprensión, interpretación y evaluación crítica de la información, |
| Buena decodificación lectora (hiperlexia) | Dificultades con el pensamiento abstracto |
| Buen procesamiento visual de la información | Dificultades en comprensión lectora |
| Intereses extraordinariamente definidos, aunque limitados | Déficit en la capacidad de generalización |
| Amplia información sobre datos de su interés | Limitaciones en la capacidad de imaginación |
| | Problemas de atención |

Fuente: Blog Mundo Asperger

Consecuentemente, podríamos deducir tres características básicas:

- Alteraciones en las habilidades de interacción social: ponerse en el lugar de los otros es algo que supone importantes dificultades; su pensamiento suele ser literal y rígido por lo que resulta complicado extraer información si no se muestra de forma explícita, lo que les hace sentirse vulnerables en el mundo en el que viven porque no son capaces de comprender las normas y las reglas que lo rigen.
- Alteraciones cuantitativas de la comunicación: las dificultades observables en el lenguaje hacen referencia a los aspectos pragmáticos del propio lenguaje. Suelen presentar un lenguaje demasiado correcto y, en ocasiones, irritante. Su vocabulario es muy rico, el problema está en la adaptación de su propio lenguaje al contexto social. Adicionalmente, presentan alteraciones en la entonación y complicaciones a la hora de comprender el lenguaje metafórico (frases hechas, refranes, ironías...).
- Rigidez mental y comportamental: salirse de la rutina es algo que no cabe en los niños con SA porque les supone inseguridad e intranquilidad. Carecen de imaginación y creatividad para los juegos (juego es mecánico), aunque desarrollan el juego simbólico, solo que más tarde. Generalmente, suelen tener su propio centro de interés o su tema destacable del que recopilan gran información. Además, también presentan problemas de coordinación motriz, tanto fina como gruesa.

Si bien es cierto que el conjunto de puntos fuertes nos deja entrever que dicho alumnado posee una excelente capacidad cognitiva en cuanto al desarrollo normal del lenguaje y la inteligencia, así como una gran capacidad de memorización y entendimiento definido. Por esta razón, es conveniente conocer alguna de las teorías asociadas al síndrome para, así, tratar de entender los aspectos que afectan, tanto positiva como negativamente, a su forma de ver e interactuar con el mundo.

3.2. TEORÍAS SOBRE EL SÍNDROME DE ASPERGER

Para saber explicar cómo funciona la mente de las personas con SA se necesita de teorías que reflejen detalladamente información comprensible y reveladora, en términos científicos suficientemente probados sobre el objeto de estudio en cuestión como, por ejemplo, los mecanismos que posibilitan y facilitan el aprendizaje y la adquisición de habilidades de interacción, comunicación e interpretación o simbolización. Para ayudarnos a comprender mejor a estas personas, podemos hablar, fundamentalmente, de cuatro teorías que explican sus dificultades.

3.2.1. Teoría de la Mente

Podemos definir ésta como una construcción teórica por la cual las personas son capaces de inferir sobre las representaciones internas de la mente de los otros, como por ejemplo, el pensamiento, los deseos o las sensaciones, etc., lo que supone tener la capacidad de ponerse en el lugar del otro, deducir lo que piensa, lo que siente. Los niños afectados por este síndrome, generalmente desean mantener relaciones con los demás, si bien es cierto han de afrontar dificultades debido a sus habilidades sociales. Del mismo modo que, aun sabiendo que piensan los demás, son incapaces de utilizar dichos conocimientos de forma práctica puesto que no les dan la relevancia que deben de tener.

A modo de conclusión, como ya dijo Simon Baron-Cohen en 1997: “Los seres humanos somos seres sociales, que nos movemos y nos desarrollamos en un mundo social y necesitamos interactuar con los demás”. Es en este ámbito en el que estas limitaciones, objeto de atención preferente, aparecen de una forma incuestionable y preocupante.

3.2.2. Teoría de la Disfunción Ejecutiva

La función ejecutiva es una construcción o constructo cognitivo que se sitúa en los lóbulos centrales y se define como la capacidad o la habilidad para mantener un conjunto coherente de estrategias de solución de problemas para el control de la acción. Este término hace referencia a estrategias tales como la planificación, la organización, la inhibición, el control de los impulsos, la flexibilidad de pensamiento y acción, etc.

En consecuencia, las personas con Síndrome de Asperger carecen de esta capacidad cognitiva y de las estrategias básicas de para la toma de decisiones y solución de conflictos.

3.2.3. Teoría de la Coherencia Central

Esta teoría, formulada por Uta Frith en 1989, trata de explicar la dificultad que presentan las personas a la hora de extraer y recordar la información esencial de un contexto determinado y englobarla en un único todo. Generalmente, tendemos a quedarnos con una idea o una impresión global del conjunto para, a partir de ahí, focalizar los detalles.

Las personas que padecen de SA son incapaces de sacar una conclusión general de una conversación, e incluso, una moraleja o una enseñanza de un cuento (referido a la etapa educativa). Sin embargo, estas personas sí son capaces de retener información que, para el resto, podría pasar desapercibida, centrándose en los detalles de su interés.

3.2.4. Teoría de la Intersubjetividad

Según Peter Hobson (2002), las emociones y el afecto son las primeras herramientas para acceder al mundo de lo intersubjetivo. Esta teoría considera que existen dificultades en el procesamiento de los estímulos afectivos como, por ejemplo: la incapacidad de situarse en el lugar

del otro, entender e intuir su conducta o imaginar aquello que siente o piensa; por lo que las personas que presentan este síndrome, serían incapaces de acceder a ese mundo intersubjetivo y crearían, así, uno propio a través de su experiencia.

3.3. DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN DEL SÍNDROME DE ASPERGER

3.3.1. DIAGNÓSTICO

Formular un diagnóstico consiste en determinar la naturaleza de una enfermedad o un síndrome tomando como referencia los síntomas que presenta el enfermo a partir de la observación y el análisis, a través de diferentes métodos o sistemas.

Existen dos sistemas de clasificación: DSM-V y CIE-10 (ya descritos con anterioridad). Ambos incluyen todos los tipos de autismo encuadrados dentro de los Trastornos de Espectro Autista y que constituyen el eje fundamental para la investigación internacional y la minimización del riesgo de diagnósticos diferenciales. Según el DSM-V (2014), los criterios de diagnóstico de TEA, entre ellos el SA, son:

- A. Alteraciones cualitativas de la comunicación e interacción social en diversos contextos, manifestado por, al menos, dos de las siguientes características:
 - 1. Deficiencias en la reciprocidad de las relaciones emocionales con los iguales.
 - 2. Deficiencias en el uso de comportamientos no verbales dentro de la interacción.
 - 3. Deficiencias en el desarrollo y la comprensión de las relaciones sociales.
- B. Patrones de actividades, intereses y comportamientos repetitivos, restrictivos y estereotipados, manifestado por, al menos, una de las siguientes características:
 - 1. Movimientos, uso de objetos o habla repetitivos o estereotipados.
 - 2. Obstinación por lo monótono y carencia de flexibilidad en las rutinas y patrones formalizados de comportamiento verbal y no verbal.
 - 3. Inquietud persistente por patrones de intereses restrictivos y estereotipados, siendo anormales en relación con el foco de interés y/o su intensidad.
 - 4. Preocupación inhabitual por diversos aspectos sensoriales de su entorno.
- C. Los signos y síntomas deben estar presentes en las primeras fases del desarrollo.
- D. El trastorno causa un deterioro clínicamente significativo en el ámbito laboral, social y en áreas de articulación.
- E. No presenta retraso del lenguaje, del desarrollo cognoscitivo o retraso global del desarrollo clínicamente significativo.

Por lo regular, es un equipo multidisciplinar quien realiza el diagnóstico. El proceso, basado en la observación directa y en las entrevistas personales, puede prolongarse entre 2 y 3 horas

según el paciente. Sabemos que el autismo es diagnosticable a partir de los 18 meses de edad, pero, en el caso del SA, no es frecuente hasta los seis 6 años.

3.3.2. EVALUACIÓN

Cuando hablamos de “evaluación” nos referimos a un proceso dinámico, continuo y sistemático por el cual somos capaces de determinar el grado de adquisición de conocimientos en función de los objetivos, previamente propuestos, centrando el foco en las conductas y el rendimiento observables del alumno.

En líneas generales, el proceso evaluación se puede dividir en tres fases:

1. Entrevista clínica con el paciente y su familia y acopio de datos de otras áreas.

Mediante la entrevista, el profesional debe ser capaz de obtener información que contenga aspectos relevantes del desarrollo del niño desde el periodo neonatal hasta la actualidad. Entre ellos han de aparecer: antecedentes familiares, incidencias durante el embarazo y/o parto, si las hubiera, hitos relacionados con el desarrollo motor y el desarrollo socio-comunicativo, problemas de conducta, habilidades motrices, sociales y comunicativas, aficiones e intereses, respuestas sensoriales, grado de autonomía, etc.

2. Valoración de las aptitudes del sujeto.

Tras una recogida exhaustiva de información se inicia el proceso de evaluación o valoración psicológica de las aptitudes funcionales del sujeto. Es necesario no centrar solo dicha valoración en los déficits que presente sino, también, en las destrezas potencialmente desarrolladas. Es de gran importancia para obtener un perfil detallado de las funciones mentales valorar: las competencias sociales, los perfiles lingüístico y comunicativo, los patrones de intereses y tareas repetitivas y el perfil de actividad cognitiva. Todo ello a través de diversas escalas.

3. Elaboración de un informe detallado.

Tras la entrevista y la valoración, el profesional ha de redactar un informe en el cual se describa el perfil de dificultades y competencias observadas, las puntuaciones resultantes en las diversas escalas y pruebas utilizadas, el dictamen final anexo a una justificación diagnóstica y las propuestas planteadas para el tratamiento y la intervención psicoeducativa a realizar. Servirá así, a la hora de iniciar la intervención, como ayuda y apoyo al terapeuta de cara a enfocar su labor.

Para realizar todo este proceso, es necesario contar con herramientas o instrumentos de detección adecuados como pueden ser los test, los cuestionarios, las entrevistas diagnósticas o ciertas

escalas. De la totalidad de los elementos, conviene seleccionar aquellos más acertados en el diagnóstico final y, así, asegurar un buen tratamiento al paciente.

De entre este conjunto de instrumentos de evaluación, destacaré los siguientes:

1. Cuestionario de Screening para el Síndrome de Asperger y otros Trastornos del Espectro Autista de Alto Funcionamiento (ASSQ; Ehlers, Gillberg y Wing, 1999), presentado en la publicación “Ehlers, S.; Gillberg, C.; Wing, L.: *A Screening Questionnaire for Asperger Syndrome and Other High-Functioning Autism Spectrum Disorders in School Age Children. Journal of Autism and Developmental Disorders*”. Se trata de un cuestionario que se aplica a pacientes de entre 7 y 16 años, aunque se puede proceder con anterioridad. Presenta 27 ítems que se puntúan eligiendo entre las tres opciones disponibles -sí (presenta alteración), algo (presenta algún nivel de alteración) y no (presenta normalidad)- asociadas a los valores numéricos -0, 1 y 2-. Se puede alcanzar una puntuación de entre 0 y 54. Los ítems hacen referencia a la interacción social, las conductas restrictivas y repetitivas, los problemas en la comunicación y las habilidades motoras y posibles tics. Se puede afirmar que una puntuación de entre 19 y 22, dada por padres o maestros, indicaría la necesidad de una evaluación específica por parte de otro profesional. (Ver Anexo 1).
2. Escala Gilliam para el Trastorno de Asperger (GADS; Gilliam, 2001), con origen en la publicación “Goldberg, D. P.; Hillier, V. F.: *A scaled version of the General Health Questionnaire. Psychological Medicine*”, es una escala que califica las conductas observables e incluye una entrevista a los padres de donde se puede obtener información sobre el desarrollo del lenguaje las habilidades sociales y las conductas del niño. Se aplica a pacientes de 3 a 22 años de edad y se compone de 32 ítems, divididos en 4 secciones: interacción social, patrones restringidos, patrones cognoscitivos y habilidades pragmáticas. Es una prueba de aplicación individual y posee una duración aproximada de 10 a 15 minutos. (Ver Anexo 2).
3. Test infantil del síndrome de Asperger (CAST; Scott, Baron-Cohen, Bolton y Brayne, 2002). Fue presentado en la publicación “Scott, F. J.; Baron-Cohen, S.; Bolton, P.; Brayne, C.: *The CAST (Childhood Asperger Syndrome Test): Preliminary Development of a UK Screen for Mainstream Primary-School-Age Children*”. Se trata de un cuestionario aplicable a pacientes de entre 4 y 11 años que muestran rasgos claramente autistas. Se compone de 37-39 preguntas, las cuales proporcionan 0 o 1 puntos, aunque alguna no puntúa, por lo que su puntuación máxima es de 31 puntos. Alcanzar 15 o más puntos indicaría la presencia de diversos comportamientos que serían suficientes para realizar una evaluación diagnóstica por parte de otro profesional. (Ver Anexo 3).

Los procesos de evaluación y diagnóstico, dada su complejidad, requieren una gran experiencia clínica. Es cierto que un diagnóstico a tiempo permite realizar intervenciones beneficiosas para una mejor vida. En consecuencia, el paciente a lo largo de los años habrá adquirido la suficiente autonomía e independencia como para poder acceder a un puesto de trabajo o mantener relaciones sociales satisfactorias.

3.4. CONTEXTO FAMILIAR Y ESCOLAR: DIFICULTADES

El Síndrome de Asperger es una discapacidad que afecta por completo al entorno familiar, tanto por la conducta que presenta, como por la necesidad de una serie de cuidados continuados. La forma de afectación dentro del grupo familiar varía según sus miembros, deseando que desaparezca, aferrándose esperanzados a un diagnóstico negativo, negando la situación, etc. Es de vital importancia que la familia se mantenga unida y fuerte ante la adversidad ya que es una condición de por vida, y afronten el problema confiados en proporcionar a la persona afectada un futuro mejor. Hay cuatro momentos cruciales que marcan la evolución en la vida del paciente: en el recibir el diagnóstico, durante la etapa escolar, en la adolescencia y al alcanzar la edad adulta. En mi opinión, la etapa más importante sería la escolar, ya que es donde se desarrollan todas aquellas habilidades y capacidades a poner en práctica en la vida adulta, por lo que el contexto escolar es de vital importancia.

La escuela encarna el entorno más común para el niño; es donde pasa la mayor parte de la jornada y también donde se generan los programas de adaptación, los cuales deben estar orientados a mejorar el bienestar y la calidad de vida. Hemos de tener en cuenta que cada alumno es único y en el caso de los SA aún más, por lo que cada intervención ha de ser específica para el desarrollo y la potenciación de sus capacidades y habilidades, del mismo modo que es necesario fijar la atención en el desarrollo personal del niño para modificar e incluso diseñar nuevas actividades y la forma de abordarlas.

Durante los primeros años de escolarización el niño se relaciona y se desarrolla de la misma manera que el resto; sin embargo, con el paso de los años, la situación cambia debido a las características propias de aquellos que padecen SA. En ocasiones pueden llegar a sentirse solos, incomprendidos y frustrados, de tal manera que reaccionan excluyéndose por completo del resto. Estas reacciones pueden generar en ellos alteraciones psicológicas de ansiedad, depresión u obstinación.

3.5. AREAS DE INTERVENCIÓN: ESTRATEGIAS

Durante el paso de los años se ha hecho necesaria la creación de un marco general donde se engloben todas las estrategias metodológicas de intervención específica para aquellos que presentan SA. Este marco, en la infancia, ayudará al niño a progresar y alcanzar un nivel

considerable de desarrollo que se estancará durante la adolescencia si no se aplican determinadas intervenciones para aminorar las dificultades y rescatar las potencialidades del individuo. En virtud de ello, gran parte de las estrategias que se aplican en las intervenciones de tratamiento, según sus dimensiones, se pueden observar en esta tabla:

Tabla nº2. Estrategias de intervención atendiendo a las dimensiones del desarrollo.

| DIMENSIÓN | ESTRATEGIAS |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Interacción social y comprensión emocional | <ul style="list-style-type: none"> - Sé conciso en la muestra de las emociones y verbalízalas de forma explícita. - Actúa como un detective e investiga sobre las emociones de la persona con SA. - Ayúdale a encontrar le grado adecuado de la emoción que siente. - Evita la opacidad en las relaciones. - Facilita el éxito y no el fracaso en la interacción social. - Refuézale por su esfuerzo y por sus pequeños progresos en el ámbito social. - Divide las actividades sociales en los pasos que la componen y enséñale dichos pasos. - Explícale por qué es importante aprender cada habilidad social. |
| Comunicación y lenguaje | <ul style="list-style-type: none"> - Facilita el contacto ocular, habiendo que lo que muestras y dices sea interesante, pero “no” le obligues a mirarte todo el tiempo. - Atiéndele en sus intereses, comparte con el los temas que le gustan. - Dale claves para que aprenda a conversar sobre otros temas. - Incluye el lenguaje social poco a poco uy sistemáticamente. - Intenta ser explícito con los significados y asegúrate de que ha comprendido las bromas, chistes, metáforas o ironías. - Utiliza apoyos visuales para favorecer la comprensión de los significados: dibujos, texto con aclaraciones, viñetas. |
| Intereses | <ul style="list-style-type: none"> - Respeta sus intereses, pero fomenta la alternancia de actividades motivantes para él con actividades novedosas. - Si es necesario, ayúdale a limitar los tiempos de ocio relacionados con intereses específicos. |

| | |
|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Favorece que disponga de tiempo libre organizado. Ocio de calidad. |
| Inflexibilidad y respuesta sensorial | <ul style="list-style-type: none"> - Utiliza apoyos que sean equilibrados. Elimina la carga estimuladora del entorno. - Facilita un entorno ordenador y secuencias de actividades predecibles. - Alterar las rutinas puede resultar un factor de estrés a evitar en la medida de lo posible. - Observa las respuestas sensoriales de la persona con SA y adapta el entorno a esa respuesta sensorial. - Es fundamental que disponga de claves para informar a los demás de su malestar sensorial. |
| Motricidad y déficit en función ejecutiva | <ul style="list-style-type: none"> - Anímale a practicar deportes o actividades no competitivas. - Dale más tiempo para elaborar tareas para organizar sus cosas. - Proporcióname un ordenador para realizar los trabajos escolares, tomar apuntes o realizar exámenes. - Utilizar apoyos visuales y planificadores para ayudarle a secuencias actividades. - Elimina del entorno inmediato los objetos que no necesite para realizar una actividad específica. |

Fuente: “*El Síndrome de Asperger: Evaluación y Tratamiento*” (pág 162,163). Martos, J., Ayuda, R., González, A., Freire, S. y Llorente, M., (2012).

A través de las diversas estrategias expuestas podremos desplegar en el niño aquellas aptitudes y actitudes que le son propias con el fin de potenciar , hasta donde sea posible, su desarrollo socioemocional (relaciones de amistad y juego, comprensión social y expresión emocional y habilidades mentalistas), comunicativo (habilidades conversacionales, comprensión literal, lenguaje engolado, prosodia y fluidez del habla) y de flexibilidad de pensamiento y acción (rutinas, niveles de ansiedad y organización espaciotemporal).

Teniendo en cuenta las dificultades que se presentan, debemos abordar, de una forma eficaz, los problemas sensoriales de tipo auditivo, táctil, visual, olfativo y/o gustativo, atendiendo a la oscilación entre la hiposensibilidad (tiene que ver con la resistencia al dolor físico y la temperatura) y la hipersensibilidad (tiene que ver con la resistencia ante ruidos, olores, luces, etc.) de estímulos recibidos.

Utilizar estas estrategias supone un reto para el profesional, el maestro e incluso la familia, ya que es necesario partir de un contacto previo con afectados de SA. Sin embargo, si se

llevan a cabo, los resultados serán, tanto a nivel personal como profesional, favorables para el alumno a corto y largo plazo, por lo que resultará un éxito de vital importancia.

4. METODOLOGÍA Y DISEÑO DE INTERVENCIÓN.

En este apartado voy a explicar el método en mi intervención, en Arteterapia, así como algunas de sus diversas modalidades para la puesta en práctica. La idea de, llevarlo a cabo, desde esta perspectiva, surge de la observación en un aula de un alumno con rasgos autistas, diagnosticado de Retraso Madurativo en el que hemos observado una total disponibilidad muy motivadora hacia el uso y manejo de los colores, su afición por el canto y su atracción por el baile que hemos de aprovechar en nuestras intervenciones.

4.1. LA ARTETERAPIA

El concepto de Arteterapia se fundamenta en su propia validez como herramienta facilitadora para el abordaje de conductas, a veces conflictos, de carácter psicológico, fundamentalmente, que experimentan ciertas personas con especial incidencia en la expresión de sus emociones y manifestación articuladora de sus experiencias a través del arte y de la psicología.

La arteterapia, a pesar de los años que han pasado desde su inicio hasta ahora, se ha constituido en una de las expresiones psicoterapéuticas actuales más a propósito para la mejora de la salud mental y el bienestar emocional y social a través de las artes plásticas. Así, pues, podemos hablar de una doble dimensión del arteterapia, a saber:

- El arte como terapia: su objetivo esencial es crear y hacer arte, dando una oportunidad al paciente de expresar de forma espontánea y creativa sus emociones o sentimientos, aspectos muy beneficiosos para la salud y el incremento de las experiencias del individuo.
- La psicoterapia artística: tiene como meta orientar la actividad artística a la exploración y el crecimiento de la persona para que, junto con el apoyo terapéutico, pueda expresar sus propias emociones, resolver conflictos y facilitarle su descubrimiento. Esta percepción puede dar lugar a cambios positivos incluido, también, el ámbito de la salud.

De la forma que se integran, según los arteterapeutas, ambas tienen el mismo grado de importancia debido a los cambios positivos que generan en los pacientes.

Podemos definir la arteterapia, en tanto que forma de la psicoterapia, siguiendo el discurso de la Asociación Americana de Arte Terapia (1997): “El Arte Terapia es una profesión a servicio a las personas que utiliza los medios artísticos, los dibujos, el proceso creativo del arte y las respuestas del paciente/cliente para las producciones creadas como reflejo del desarrollo de un individuo, de sus capacidades, personalidad, intereses, inquietudes y conflictos. La práctica del arteterapia se basa en el conocimiento del desarrollo humano y de las teorías psicológicas que se implementan en el amplio espectro de modelos de evaluación y tratamiento incluyendo el educativo, psicodinámico, cognoscitivo, transpersonal, y otros medios terapéuticos para resolver conflictos emocionales; fomentando la conciencia autor-reflexiva, el desarrollo de las habilidades sociales,

el autocontrol de la conducta, la resolución de problemas, la reducción de la ansiedad, la ayuda para la orientación en la realidad, y el aumento de la autoestima”.

De modo general, entendemos la arteterapia como una terapia psicológica en la que principalmente se utilizan materiales de arte visual para explorar y expresar, de forma verbal o no verbal, sentimientos, emociones, preocupaciones, etc. La expresión artística no es precisamente un proceso lineal, por lo que no necesita de las reglas del lenguaje.

Para trabajar el arte durante la terapia se puede hacer de dos modos diferentes: utilizando la terapia libre o no directiva, en la que el paciente tiene total libertad de elección para hacer lo que desee, o a través de una sesión planificada con una temática definida mediante diversas consignas. Las principales técnicas para llevar a cabo este proceso serían: el dibujo, la pintura, la escultura, la fotografía y la danza.

Habiendo terminado el trabajo artístico, se inicia un proceso activo en el cual tanto el terapeuta como el paciente están implicados, y donde el papel del terapeuta consiste en orientar y ayudar al paciente a encontrar un significado lógico, no abstracto, en sus producciones. Sin duda, la parte más importante de la terapia es cuando el paciente tiene el deber de reflexionar sobre aquello que ha realizado, pues la forma en que se comunica es personal y depende de factores tales como sus experiencias, opiniones, orígenes e influencias culturales.

Si nos centramos en trabajar de este modo con personas con discapacidades, en este caso SA, la forma de aplicación es distinta.

Quienes padecen síndrome de asperger, tienen problemas en el lenguaje y múltiples dificultades en el habla; además, puede que no sean capaces, siquiera, de leer o escribir, y se necesitan de habilidades verbales para la expresión. La arteterapia, además de ser útil para mejorar el comportamiento físico, social y cognitivo, resulta beneficioso para expresar emociones, sentimientos, pensamientos, etc.

La estimulación sensorial es el principal motor de esta intervención, estimula y produce placer a la hora de trabajar. Lo más importante cuando se realiza una producción no es el cómo sino el qué y el por qué, pues aquello que se crea es personal y único. Además, les ofrece la oportunidad de descubrir y expresar quiénes son y de componer construir o reconstruir su autoconciencia.

Los principales objetivos de la arteterapia, según López y Martínez (2004), son: (extraído de <http://www.revistas.ucm.es>)

- Fortalecer la confianza en ellos mismos y mejorar su autoestima.

- Facilitar la expresión de sentimientos y emociones mediante el desbloqueo de los mecanismos de defensa propios de cada individuo.
- Desarrollar la creatividad y sus técnicas como medio de solución de problemas.
- Utilizar el arte como vehículo para la mejora social, psíquica y personal.
- Socializar a los pacientes y dotarles de una autonomía que fomente su toma de decisiones.
- Producir cambios favorables en la personalidad.

Por otro lado, si hablamos de las dimensiones que ofrece la arteterapia, nos encontramos principalmente con tres:

- Dimensión creativa: aquella que permite construir representaciones mentales a partir de un objeto real interiorizado. Se desarrolla a partir del séptimo mes de vida y es fundamental para trabajar el método y obtener resultados beneficiosos.
- Dimensión expresiva: facilita expresar emociones y sentimientos a través de representaciones gráficas. Se suelen reproducir fantasías y/o sueños tratando, además, de huir de la realidad, donde se pueden reflejar miedos, inquietudes, sentimientos, etc.
- Dimensión terapéutica: implica el uso del arte como una herramienta mediante imágenes o representaciones que funcionan como puente entre el paciente y sus dificultades.

La arteterapia, en resumen, tiene como objetivo abarcar las múltiples preguntas y respuestas que emergen a lo largo del proceso, teniendo en cuenta, sobre todo, la creatividad.

4.1. EL ARTE Y LA ESCUELA

El principal objetivo del arte en la educación es lograr un mejor desarrollo global del niño a nivel expresivo y comunicativo, así como a nivel afectivo, cognitivo y motor. El proceso de experimentación y la forma de expresión es la parte más importante de la educación plástica pues, de este modo, utilizando el arte, los niños logran alcanzar el autoconocimiento.

Según Luisa M^a Martínez y Rosario Pérez (2002), “El arte del niño nace como un impulso espontáneo que excluye la premeditación y que aparece más bien dictado desde su propia naturaleza (aún no mediatizada al principio por agentes culturales) y responde a los imperativos de su nivel o estado de desarrollo.” (p.18)

Trabajar utilizando esta herramienta proporciona un marco favorable en cuanto a las producciones personales de los infantes, indicando, según las mismas, el nivel de desarrollo en que se encuentran, su implicación afectiva, el pensamiento propio y simbólico, entre otros.

En cuanto al papel del maestro, es de guía, de orientador. Tiene el deber de incitar situaciones comunicativas y de expresión a través del lenguaje artístico; es el encargado de poner

a disposición de los alumnos los materiales necesarios y crear una atmósfera agradable para desarrollar las producciones.

Desde mi punto de vista, considero que el arte es un recurso imprescindible a la hora de trabajar con alumnos con necesidades educativas especiales ya que supone una forma creativa y divertida de hacer el aprendizaje más ameno y permite llevar las relaciones sociales a otro nivel, reforzando, de este modo, también, la seguridad y autoestima de los más pequeños.

4.2.DISEÑO DE LA INTERVENCIÓN

En este apartado se desarrolla el contenido de la propuesta didáctica, atendiendo, fundamentalmente, a los objetivos que se desean alcanzar y manteniendo siempre el interés por la metodología a utilizar.

4.2.1. OBJETIVOS

4.2.1.1.OBJETIVO GENERAL

- Lograr la inclusión en el aula ordinaria de aquellos alumnos con S.A, fomentando su bienestar, las relaciones sociales con los demás y un desarrollo globalizado de todas sus competencias básicas.

4.2.1.2.OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Mejorar la expresión-de emociones, de sentimientos y pensamientos, tanto del alumno objeto de tratamiento como del resto de sus compañeros para lograr una disminución de la ansiedad dentro del entorno escolar.
- Desarrollar habilidades de interacción social y fortalecer las relaciones interpersonales del alumno con el resto de sus compañeros.
- Potenciar la autonomía personal para alcanzar un desarrollo apropiado al entorno.
- Favorecer el desarrollo cognitivo, motor, afectivo-emocional y social, así como también las competencias básicas de control de conducta.
- Fomentar el interés por el autoconocimiento y la autoconciencia para la resolución de sus conflictos internos.

4.2.2. CONTENIDOS

Teniendo presente el currículo del segundo Ciclo de Educación Infantil, como referente, hemos elaborado los siguientes contenidos por áreas:

Área de Conocimiento de sí mismo y autonomía personal:

- Identificación, manifestación y control de las necesidades básicas del propio cuerpo.
- Identificación y expresión de sentimientos, emociones, experiencias e intereses.
- Desarrollo de habilidades que favorecen la interacción social y el establecimiento de relaciones afectivas con los iguales.
- Exploración, valoración y coordinación de sus posibilidades y/o limitaciones motrices, perceptivas y expresivas propias y de los demás.

Área de Conocimiento del entorno:

- Interés por la experimentación con diferentes elementos e identificación de los mismos.

Área de Lenguaje: Comunicación y representación:

- Expresión y comunicación, mediante producciones artísticas de experiencias, emociones, sentimientos y fantasías.
- Interés y curiosidad por las técnicas, los materiales y las actividades.
- Descubrimiento y experimentación del propio cuerpo como recurso para la expresión, la representación y la comunicación.

4.2.3. TÉCNICAS

La arteterapia no se centra solo en el trazo, sino en una multitud de técnicas predisuestas para el desarrollo de una buena intervención. En el presente documento se exponen aquellas que he considerado apropiadas para lograrlo.

Podemos diferenciar estas técnicas, según López y Martínez (2006, p.124-148), en dos bloques: por un lado, las técnicas clásicas (dibujo, pintura y escultura); por otro lado, las técnicas modernas (fotografía y danza). Además, estas autoras ofrecen diversas propuestas en las que se utilizan materiales tipo: temperas, lápices de colores, revistas, arcilla, etc.

- **Dibujo.** Es un medio de expresión y comunicación de emociones y pensamientos que, generalmente, se utiliza durante los primeros años de la vida de los niños sin la necesidad de aprenderlo, pues es algo intrínseco en ellos. La base de este proceso está en su creatividad y espontaneidad.
- **Pintura.** Como el dibujo, es un medio de expresión que tiene como finalidad desarrollar la capacidad creativa de la persona, ayudándole a plasmar sus problemas o dificultades. Su característica básica es el color. Además de aportar estética a una producción, proporciona información sobre emociones, sensaciones y pensamientos.

- **Escultura.** Es una actividad que permite a la persona el desarrollo de la motricidad fina, así como trabajar y jugar con las formas, las texturas, los volúmenes, etc. Esta le permite experimentar directamente con el espacio.
- **Fotografía.** Como medio de expresión permite al individuo verse reflejado en imágenes para poder reflexionar sobre su propia identidad y, además, sobre su mundo exterior. Con esta actividad es posible recordar situaciones ya pasadas para trabajar sobre los estímulos que provocan y poder mirar hacia el futuro de una manera más positiva.
- **Danza.** El uso terapéutico que proporciona tiene como única finalidad integrar al individuo de forma física y emocional a través del movimiento. Permite gestionar y canalizar las emociones, los sentimientos, así como, también, desarrollar diversas habilidades sociales, mejorar la salud física y aumentar la autoestima.

4.2.4. RECURSOS

La Arteterapia, como ya hemos dicho, constituye un medio de comunicación entre el individuo a tratar y el terapeuta. La gran mayoría de los materiales se encuentran fácilmente, lo que permite a la persona familiarizarse con ellos de una forma eficaz evitando así situaciones de ansiedad.

- Soportes: papeles de diferentes tipos, texturas y tamaños, revistas, reciclados.
- Gráficos y pintura: pinturas de cera, lápices de colores, ceras pastel, acrílicas, témperas, etc.
- Escultores: plastilina.
- TICS: cámara de fotos, reproductor de música
- Otros: tijeras, ruleta, bits/tarjetas, música, figuritas, bolsas de basura, pinceles, esponjas, espejo.

4.2.5. TEMPORALIZACIÓN

La propuesta que se presenta a continuación, y en el momento de su puesta en práctica, se desarrollará durante el periodo del segundo trimestre, pues es en este periodo cuando el alumnado está integrado en el aula y la maestra se conoce ya las dificultades que estos puedan presentar.

La intervención se divide por sesiones; su duración dependerá de la evolución general de la clase y, en especial, del alumno a evaluar. Cada sesión se desarrollará a lo largo de una semana completa, y está compuesta por cinco actividades (una diaria), las cuales tendrán una duración de 30 minutos cada una. Se ha planteado de este modo para no alterar el programa que se esté llevando a cabo dentro del aula puesto que se trata de pequeña intervención psicopedagógica.

4.2.6. INTERVENCIONES

A continuación, se expone la secuencia de actividades del programa de intervención psicopedagógica propuesto para su aplicación dentro de un aula ordinaria en el periodo que hemos propuesto anteriormente.

Tabla nº3. Secuencia de actividades

| INTERVENCIONES | ACTIVIDADES |
|--------------------------------------------------------|----------------------------------|
| SESIÓN 1: ME CONOZCO A MI MISMO Y A MI FAMILIA. | Me retrato |
| | Escultura familiar |
| | Mi silueta |
| | ¿Quién ha dicho foto? |
| | Vacaciones en familia |
| SESIÓN 2: EXPRESO MIS EMOCIONES. | Manchitas |
| | Rueda de emociones |
| | Siento la música |
| | Mímica de emociones |
| | Me relajo y regulo mis emociones |
| SESIÓN 3: MUEVO MI CUERPO. | Soy una bailarina |
| | Las sombras |
| | Pinto con los pies |
| | Soy fotógrafo |
| | Pintura de acción |

Fuente: Elaboración propia

SESIÓN 1: ME CONOZCO A MÍ MISMO Y A MI FAMILIA.

Actividad 1. Me retrato.

Los materiales que vamos a necesitar para realizar esta actividad son: cartulinas, cola, materiales reciclados y espejo.

Desarrollo: de uno en uno, los alumnos deberán mirarse en el espejo y observar sus rasgos más característicos. Seguidamente, sobre una cartulina, tendrán que crear una imagen de sí mismos a partir de los materiales reciclados que prefieran, realizando su contorno e insertando estos dentro del mismo. Después, en asamblea, se hará una pequeña reflexión sobre el proceso de elaboración llevado a cabo y el porqué de los materiales que han seleccionado.

La finalidad de esta actividad es que los alumnos sean y tengan la capacidad de reproducir su propia imagen y reflexionen.

Actividad 2: Escultura familiar.

Material que vamos a utilizar para realizar esta actividad: Plastilina.

Desarrollo: Utilizando la técnica del moldeado, tendrán que representar a sus familiares resaltando sus rasgos. Después, en orden, deberán situar a cada uno de los componentes dependiendo la relación que posea con ellos. *Por ejemplo: Paso más tiempo con mamá: la pongo la primera; paso poco tiempo con papá: le pongo el último.*

El objetivo de esta actividad es reflejar su personalidad, así como el rol que presenta dentro de la unidad familiar.

Actividad 3: Mi silueta.

Los materiales que vamos a utilizar para realizar esta actividad: papel mural, reciclados y tijeras, rotuladores.

Desarrollo: con el papel mural sobre el suelo del aula, los niños deberán tumbarse sobre él y con ayuda de sus compañeros, realizarán su propia silueta delineando con un rotulador. Seguidamente, cada niño escogerá los materiales reciclados que desee para, a modo de collage, rellenar la silueta con ellos.

Los objetivos de esta actividad son: lograr su propio el autoconocimiento y el de los demás, así como conocer un poco más acerca de su personalidad.

Actividad 4: ¿Quién ha dicho foto?

Los materiales que vamos a utilizar para realizar esta actividad son: cámara de fotos, cartulinas.

Desarrollo: los niños posarán ante la cámara de diferentes posturas, haciendo gestos o poniendo posturas que les apetezcan. Mientras tanto, la maestra les fotografiará. Seguidamente, se imprimirán dichas fotografías y los alumnos deberán reflexionar sobre sí mismos una vez se hayan observado en el papel.

La finalidad de esta dinámica consiste en llegar al autoconocimiento a través del autorretrato.

Actividad 5: Vacaciones en familia.

Para realizar la actividad utilizaremos los siguientes materiales: folios, pinturas.

Desarrollo: Antes de comenzar a dibujar, los más pequeños, deberán de imaginar un bonito momento en el que estuvieran con su familia. Seguidamente, cogerán un folio y deberán retratarlos en ese justo momento y lugar atendiendo a los rasgos más significativos.

Esta actividad tiene como finalidad conocerse a sí mismos y a sus familias.

SESIÓN 2: EXPRESO MIS EMOCIONES.

Actividad 1. Manchitas.

Los materiales que necesitamos para realizar esta actividad son: papel mural o cartulinas, témperas.

Desarrollo: con témperas de boli, los alumnos tendrán que hacer, sobre soporte papel, manchas con diferentes colores, los que ellos elijan, teniendo en cuenta que estos tienen un grado emocional.

El objetivo de esta actividad consiste en utilizar los colores con los que identifican su estado de ánimo.

Actividad 2: Rueda de emociones.

El material que vamos a utilizar es: ruleta con imágenes de emociones.

Desarrollo: haremos girar la rueda y, en el momento en que ésta se detenga, los niños deberán decir cuál es la emoción que les ha tocado y explicársela al resto de los compañeros. Seguidamente se hará una reflexión sobre las diferentes emociones y las causas que puedan producirlas.

El objetivo principal de esta propuesta es identificar las diversas emociones.

Actividad 3: Siento la música.

Los materiales que vamos a utilizar para realizar esta actividad son: papel mural, témperas, música.

Desarrollo: mientras dejamos que la música suene, la creatividad de los más pequeños aflora y, sobre el mural previamente estirado sobre el suelo, los alumnos andarán y pintarán según aquellos sentimientos o emociones que les produzca la melodía.

La finalidad de esta actividad consiste en la capacidad que poseen de plasmar las emociones que les produce la música.

Actividad 4: Mímica de emociones.

Para realizar esta actividad, los materiales que utilizaremos son: tarjetas de emociones.

Desarrollo: en asamblea, la maestra irá llamando a los alumnos, uno a uno. Esta les enseñará la tarjeta que desee y el niño deberá de representarla ante sus compañeros para que ellos adivinen de qué emoción se trata. Al finalizar, haremos una pequeña reflexión sobre cómo nos hemos sentido con la actividad y lo que más nos ha gustado de ella.

El objetivo de esta actividad es saber reconocer y expresar las emociones.

Actividad 5: Me relajo y regulo mis emociones.

El material principal de esta actividad es la música y el propio cuerpo.

Desarrollo: sobre la alfombra, los alumnos se tumbarán separados los unos de los otros. La maestra pondrá la música y mientras suena, se contará un cuento en el que ellos serán los protagonistas. Tendrán los ojos cerrados y su respiración habrá de ser lenta y constante.

La finalidad de esta propuesta es lograr el autocontrol emocional.

SESIÓN 3: MUEVO MI CUERPO.

Actividad 1: Soy una bailarina.

Como material para llevar a cabo esta actividad, utilizaremos música clásica.

Desarrollo: Seguiremos las consignas de la maestra. Como una bailarina, extenderemos los brazos sobre nuestra cabeza y adquiriremos una postura recta. Seguidamente realizaremos diferentes pasos de baile: plié, relevé, ecarté, etc.

Para realizar esta actividad, he elegido música de Chopin, puesto que se adapta muy bien para ser interpretada en ballet clásico.

El objetivo de esta actividad se basa en encontrar el equilibrio, mantener la atención y desarrollar la motricidad gruesa.

Actividad 2: Las sombras.

Los materiales a utilizar durante esta actividad son: papel, lápices o pinturas de colores, figuritas.

Desarrollo: los alumnos saldrán al patio y tendrán que ir dibujando sobre papel las sombras más llamativas que observen. Seguidamente, sobre una mesa, pondremos una figurita para que puedan calcar su sombra.

La finalidad de la actividad es explorar el entorno y plasmar sombras, tanto de objetos como de personas.

Actividad 3: Pinto con los pies.

Para realizar estas actividades, los materiales que vamos a utilizar son: papel mural, pintura acrílica.

Desarrollo: sobre el suelo del aula, estiraremos el papel mural de forma que toda la superficie a utilizar quede completamente cubierta. Con los pies descalzos y bien remangados los pantalones, los niños se dispondrán a introducir los pies sobre los cubos de pintura, previamente preparados, para, después, plasmar sus huellas en el papel.

El objetivo de esta actividad mientras están en movimiento, consiste en experimentar con los colores y sentir sobre su piel el material.

Actividad 4: Soy fotógrafo.

El material que utilizaremos será una cámara de fotos.

Desarrollo: dentro del aula, se les explicará la actividad a los alumnos. Saldremos al patio, y los alumnos, cada uno con una cámara de fotos, tendrán que fotografiar lo que más les atraiga. Por ejemplo: los árboles florecidos de la primavera, las florecillas que asoman por el patio, a sus compañeros, etc.

La finalidad de esta actividad es el movimiento que los alumnos han de realizar para encuadrar, en una simple fotografía, aquello que más les gusta.

Actividad 5: Pintura de acción.

Esta actividad está inspirada en la pintura de acción de uno de los máximos representantes del expresionismo abstracto: Jackson Pollock.

Los materiales que se van a utilizar son: papel mural, bolsas de basura, pintura acrílica, pinceles y/o esponjas.

Desarrollo: tras haber extendido sobre el suelo el papel mural, los niños se prepararán y se cubrirán con bolsas de basura. Seguidamente, cogerán el material que deseen utilizar para derramar la pintura, elegirán sus colores preferidos y comenzarán a andar sobre el papel dibujando con las gotas de pintura diversas formas.

El objetivo de esta actividad consiste en, crear diferentes formas con las gotas de pintura que se van derramando sobre el papel utilizando el movimiento de sus propios cuerpos.

4.2.7. EVALUACIÓN

La evaluación será procesual y continua. En consecuencia, se basa en una observación sistemática del acercamiento y la evolución del alumno con los materiales, el entorno y la maestra. Será, por tanto, personalizada por lo cual el nivel de aprendizaje de cada alumno no implicará la suposición de rendimiento global del aula. Asimismo, la evaluación será continua.

Se dará principal importancia a ítems tales como: habilidades comunicativas, de relaciones sociales, de expresión de sentimientos y/o emociones, y se tendrán en cuenta los contextos comunicativos.

Tabla nº3. Ítems para la evaluación del programa.

| ÍTEMES / OBJETIVOS | SÍ / SIEMPRE /MUCHO | A VECES / ALGO | NO / NUNCA /NADA |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-------------------|---------------------|
| Utiliza y se hace responsable del uso de las diferentes técnicas plásticas y visuales. | | | |
| El resultado de las producciones realizadas manifiesta una positiva evolución. | | | |
| Manifiesta sentimientos, expresa emociones y experiencias y comprende los de los demás. | | | |
| Relaciona sus emociones con situaciones de la vida cotidiana. | | | |
| Distingue los ritmos y es capaz de acelerar / ralentizar sus movimientos. | | | |
| Se muestra predispuesto, motivado y participa de forma activa y autónoma. | | | |
| Desarrolla habilidades de relación social con los iguales. | | | |
| Posee una buena actitud corporal. | | | |

Fuente: Elaboración propia.

4.2.8. REFORMULACIÓN DEL PROGRAMA

Teniendo en cuenta la limitación del tiempo para la realización de la propuesta de intervención, consideramos que es un buen ejemplo de cómo aplicar la metodología seleccionada para niños con trastorno del espectro autista. No obstante, se podría añadir más contenidos a trabajar.

En primer lugar, ampliaría el número de sesiones y actividades, dentro de cada una de ellas, con el objetivo final de lograr un desarrollo físico, cognitivo y social lo más completo posible. También trataría de abarcar otros aspectos de la vida cotidiana para complementar, si cabe, ese objetivo final.

Es cierto que se trata del diseño de un microprograma de intervención y que todo él ha sido planteado para realizarse dentro de un tiempo estimado; sin embargo, añadir y ampliar el número de intervenciones nos permitiría alargar su duración de modo que ocuparía todo el segundo trimestre.

Por otro lado, con los cambios anteriores, la evaluación debería de ser mucho más amplia y generalizada, pues, al añadir nuevos objetivos y contenidos, su extensión estaría en concordancia con los mismos.

4.2.9. PROSPECTIVA

A la hora de realizar este trabajo, nuestra intención ha sido conocer un poco más acerca del trastorno de Asperger, así como poseer más información, conocimientos y práctica sobre las ventajas que tiene la arteterapia en niños, sobre todo, en aquellos afectados por el síndrome que hemos abordado.

Si bien es cierto que el tiempo para realizar esta intervención ha sido limitado, podría completarse y enriquecerse en función del proceso requerido en cada una de las dinámicas de desarrollo.

El tratamiento de ambos temas, nos permite, de algún modo, ir más allá en el terreno de la educación pues, saber de sus ventajas e inconvenientes nos facilita observar y experimentar nuevos medios de enseñanza-aprendizaje. Sin embargo, hoy en día el arteterapia en la escuela es un terreno sin explorar.

Por ello considero de gran importancia estudiar esta metodología más a fondo pues su aplicación podría llegar a ser beneficiosa tanto para alumnos como para profesores con implicación de la comunidad educativa en su totalidad.

5. CONCLUSIONES Y REFLEXIONES

El objetivo final de este Trabajo de Fin de Grado era, desde el primer momento, diseñar un microprograma de intervención psicopedagógica mediante el cual alumnos con TEA y síndrome de Asperger pudieran integrarse de una forma mucho más motivadora eficaz y eficiente en el aula. Para lograrlo, era imprescindible conocer, integrar y manejar conceptos tales como **autismo**, **síndrome de Asperger** y **arteterapia**, todos ellos fundamentales para el desarrollo del trabajo.

Utilizar la metodología de la arteterapia implicaba abrir un nuevo campo de investigación, una nueva forma de tratar estos trastornos desde una perspectiva mucho más divertida e interesante, una nueva forma de comprender la educación, de modo que las dificultades observables fuesen de forma progresiva disminuyendo hasta lograr un desarrollo globalizado y un avance personal del niño.

En cuanto a los objetivos, tanto general como específicos, cabe decir que están estrictamente planteados para abarcar todas y cada una de las partes que contiene este documento. En el primer apartado, se explica de forma sencilla pero detallada, qué es el TEA. A lo largo del segundo bloque, se hace referencia al síndrome en cuestión, el Síndrome de Asperger, con el propósito de profundizar en él. Finalmente, en el último bloque, se desarrolla la propuesta de intervención basada en la arteterapia.

Para poder desarrollar, tanto la primera como la segunda parte del trabajo, hemos tenido la necesidad de investigar, indagar, leer e interpretar todas y cada una de las referencias y los materiales bibliográficos, publicaciones, revistas, libros, contenidos en red, etc. Todo ello nos ha permitido adquirir toda la información necesaria desarrollarlas desde una perspectiva psicopedagógica

Todo el esfuerzo que esto supone y la elaboración posterior de la secuencia de subapartados, nos ha proporcionado un conocimiento más profundo acerca de uno de los trastornos que cada vez se encuentra con más frecuencia dentro de las aulas.

Particularmente, ampliar mis conocimientos en cuanto al TEA o el SA, ha implicado acercarme más a la diversidad, ver cuáles eran mis límites y hasta dónde podía llegar dentro de la educación especial. Conocer y comprender las dificultades que supone tener un niño con este tipo de problemática y aprender a actuar sobre él en situaciones límite, tanto dentro como fuera del aula, ha sido uno de los objetivos personales que me propuse a la hora de enfrentarme a este trabajo, hoy ya en parte concluido.

En cuanto al último, y más importante de los apartados puesto que en él se basa todo lo anterior, considero que, esta metodología es una buena forma de hacer más ameno y motivador el aprendizaje y la educación de estos niños en particular. Utilizar como forma de expresión el

baile, el movimiento, la fotografía, la pintura e incluso la escultura son, sin duda, unas buenas técnicas de desarrollo emocional, social y cognitivo.

Realizar la secuencia de actividades no nos ha resultado fácil; sin embargo, el resultado ha sido muy gratificante.

Como futura maestra, considero de vital importancia el reciclaje de conocimientos, aprender nuevas técnicas y métodos de intervención, ampliar el vocabulario de conceptos, así como seguir apostando por una educación más inclusiva basada en valores, del respeto compartido hacia uno mismo y los demás

Para finalizar, me gustaría hacer referencia a un gran maestro, César Bona, por el cual cada día estoy más segura de que realmente esta es mi vocación y mi vida.

“De nosotros, maestros y maestras, depende que este mundo en el futuro sea un lugar mejor, porque cada día que asistimos a clase tenemos la posibilidad de contagiar e influir con nuestra actitud y con nuestra pasión a todas las personas que ahora son niños pero que rápidamente dejarán de serlo.”

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alonso, J. R., (2009). Autismo y Síndrome de Asperger. Guía para familiares, amigos y profesionales. Salamanca. Amarú ediciones.
- American Psychological Association. (2014) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-V (5ª Edición). España, Editorial Médica Panamericana.
- Attwood, T. (2002). El Síndrome de Asperger. Una guía para la familia. Barcelona. Paidós.
- Baron-Cohen, S., (2008). Autismo y Síndrome de Asperger. Alianza Editorial.
- Bona, C., (2015). La nueva educación. *Los retos y desafíos de un maestro de hoy*. Barcelona. Plaza Janés.
- Fernández, C., (2013). Adaptación y análisis psicométrico de la Escala Gilliam para evaluar Trastorno Asperger. *Aula de Innovación Educativa*.
- Fernández, M^o Isabel., (2003). Creatividad, arte terapia y autismo. Un acercamiento a la actividad Plástica como proceso creativo en niños autistas. *Arte, individuo y sociedad*, (15), 135-152.
- Guía de la Integración, (1986) Ministerio de Educación y Ciencia. Dirección General de Educación Básica (Subdirección General de Educación Especial). Madrid.
- López, M^o Dolores., (2011). Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social. *Técnicas, materiales y recursos utilizados en los procesos arteterapéuticos*, 185 Vol. 6, pp 183-191.
- Martínez García, L.M. y Pérez Gutiérrez, R. (2002). *Artes plásticas y su función en la escuela*. Málaga; Aljibe.
- Martínez, N. y López, M. (2006). *Arteterapia: Conocimiento interior a través de la expresión artística*. Madrid: Editorial tutor.
- Martínez, S. (2009). Arteterapia con niños en edad preescolar. Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social. *Revistas científicas Complutenses*, 2, 39-49. Recuperado de <http://www.revistas.ucm.es>
- Martos, J., Ayuda, R., González, A., Freire, S. y Llorente, M., (2012). El Síndrome de Asperger. Evaluación y tratamiento.
- Menéndez, C. y Greif, V., (2017). Trastornos del Espectro Autista. Tomado de la revista del Hospital de Pediatría Garrahan, Vol XXIV n°2 199/205 *Medicina Infantil*. Argentina.
- Riviere, A., (2018). Modificación de conducta en el autismo infantil. Tomado de la Revista Española de Pedagogía, Vol. 42, No. 164/165, MODIFICACION DE CONDUCTA EN EDUCACION ESPECIAL. (Abril – Septiembre, 1984)
- Thomsen, E. (2011). Fundamentos de Arte Terapia. In: L. Mateos Hernández, ed., *Terapias Artístico Creativas*, 1st ed. Salamanca, pp.197-216.

- Wing, L. (1981). Asperger's Syndrome: a Clinical Account. *Psychological Medicine*, nº 11(1), 115-130. London: Institute of Psychiatry. Consultado el 12/03/2019.

6.1. NORMATIVA

- REAL DECRETO 334/1985, de 6 de marzo, de Ordenación de la Educación Especial. BOE, de 16 de marzo de 1985.
- DECRETO 122/2007, de 27 de diciembre, por el que se establece el currículo del segundo ciclo de la Educación Infantil en la Comunidad de Castilla y León, de 2 de enero de 2008.
- LEY ORGANICA 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo. BOE, de 4 de octubre de 1990.
- LEY ORGÁNICA 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa. BOE, de 10 de diciembre de 2013.

7. ANEXOS

ANEXO 1. CUESTIONARIO ASSQ.

Recuperado de Conserjería de Educación y Empleo, Junta de Extremadura.

<http://www.juntaex.es/con04/>

**EOEP ESPECÍFICO DE TRASTORNOS
DEL ESPECTRO DEL AUTISMO**
C/ José M^º Giles Ontiveros, 6
06010 Badajoz
Teléfono: 924-249293 y Fax: 924-260090

JUNTA DE EXTREMADURA
Consejería de Educación y Empleo
Secretaría General de Educación



Anexo V

CUESTIONARIO DE EXPLORACIÓN DEL ESPECTRO DEL AUTISMO DE ALTO FUNCIONAMIENTO (ASSQ)

(Reproducido de El Síndrome de Asperger, de P. Martín)

Nombre: The high-functioning Autism Spectrum Screening Questionnaire. Siglas: ASSQ. Autores: Stephan Ehlers, Christopher Gillberg y Lorna Wing.
Datos de publicación: Ehlers, S., Gillberg, C., y Wing, L. (1999). "A Screening Questionnaire for Asperger Syndrome and other High Functioning Autism Spectrum Disorders in School Age Children", Journal of Autism and Developmental Disorders, 1999.

Nombre: _____ F.N: _____ Fecha de la evaluación: _____

| Este niño destaca como diferente con relación a otros niños de su misma edad, de la siguiente forma: | No | Algo | Sí |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------|----|
| 1. El niño se comporta de forma anticuada o parece un niño precoz. | | | |
| 2. Es percibido como un "profesor excéntrico" por los otros niños. | | | |
| 3. Vive en cierto sentido en su propio mundo con sus intereses intelectuales restringidos e idiosincrásicos. | | | |
| 4. El niño acumula datos sobre ciertos temas (buena memoria mecánica) pero realmente no entiende el significado de la información | | | |
| 5. El niño muestra una comprensión literal del lenguaje metafórico y ambiguo. | | | |
| 6. Tiene un estilo de comunicación que se desvía de los patrones normales, con un lenguaje formal, adornado, pasado de moda o mecánico | | | |
| 7. Inventa palabras y expresiones idiosincrásicas. | | | |
| 8. Tiene una voz o forma de hablar diferente. | | | |
| 9. Emite sonidos de forma involuntaria; se aclara la garganta, gruñe, se da manotadas, lora grita | | | |
| 10. Su actuación en algunas tareas es sorprendentemente buena, mientras que es sorprendentemente ineficaz en otras | | | |
| 11. Usa el lenguaje con fluidez pero fracasa en acomodar su lenguaje al contexto social o las necesidades de sus interlocutores | | | |
| 12. Carece de empatía. | | | |
| 13. Hace comentarios embarazosos e inocentes. | | | |
| 14. Tiene un estilo idiosincrásico de mirar a otros. | | | |
| 15. Desea ser sociable pero fracasa en el desarrollo de relaciones de amistad con sus iguales. | | | |
| 16. Puede estar con otros niños pero sólo cuando las cosas se hacen a su manera. | | | |
| 17. Carece de un amigo íntimo. | | | |
| 18. Carece de sentido común. | | | |
| 19. Es poco habilidoso para los juegos: no tiene un sentido de la cooperación en equipo, marca sus "propios goles". | | | |
| 20. Manifiesta movimientos y gestos desgarbados, mal coordinados, torpes y desmañados. | | | |
| 21. Manifiesta movimientos corporales y faciales involuntarios. | | | |
| 22. Tiene dificultades para completar actividades diarias sencillas debido a la necesidad de repetir de forma compulsiva ciertas acciones o pensamientos | | | |
| 23. Tiene rutinas especiales: resiste el cambio. | | | |
| 24. Muestra un apego idiosincrásico a objetos. | | | |
| 25. Los demás niños se burlan de él y lo intimidan. | | | |
| 26. Sus expresiones faciales son notablemente inusuales. | | | |
| 27. Su postura corporal es inusual de forma obvia. | | | |

Especificar otras razones diferentes a las descritas anteriormente:

INTERPRETACIÓN:

- ⇒ Cuestionario de exploración compuesto por 27 preguntas.
- ⇒ Dirigido a recoger información de padres o profesores.
- ⇒ **Ámbito de aplicación: 6 - 16 años**
- ⇒ Diseñado para detectar individuos con una capacidad intelectual alta y un trastorno del espectro autista, pero no para distinguir entre autismo de alto funcionamiento y Síndrome de Asperger.
- ⇒ Se basa en criterios de Gillberg.
- ⇒ Valoración: Clasifica las respuestas en 3 puntuaciones:
 - No: puntuación 0. Indica normalidad
 - Algo: puntuación 1. Indica cierto grado de anormalidad.
 - Sí: puntuación 2. Indica anormalidad evidente.
- ⇒ Puntuación límite a partir de la cual, se considera al alumno sospechoso de padecer un trastorno del espectro autista:

- Si los informantes son los padres: **19** puntos en adelante.
 - Si los informantes son los profesores: **22** puntos en adelante.
 - Obtener una puntuación superior a 19 o 22, según el informante, no implica necesariamente la existencia de un trastorno autista. El ASSQ identifica un 10% con puntuación 19 y un 9% con puntuación 22 de "falsos positivos".
 - Cualquier alumno que obtenga una puntuación **superior a 19 ó 22**, debe ser remitido a un diagnóstico especializado.

ANEXO 2. CUESTIONARIO GADS.

Recuperado de Google imágenes.

GADS

Cuadernillo
de respuestas

Escala Gilliam para evaluar Trastorno de Asperger

Sección I. Información de identificación

Nombre _____

Dirección _____

Nombre del padre o tutor _____

Escuela _____

Nombre del examinador _____

Hombre Mujer

Título o cargo del examinador _____

Año _____ Mes _____ Día _____

Fecha de aplicación de la GADS _____

Fecha de nacimiento del evaluado _____

Edad del evaluado _____

Sección II. Resumen de puntuaciones

Sección IV. Perfil de calificaciones

| Subescalas | Puntaje natural | PE | Rango percentil | EEM | Subescalas GADS | Otras pruebas |
|---------------------------------------|-----------------|-------|-----------------|-----|---------------------------------------|---------------|
| Interacción social | _____ | _____ | _____ | 1 | Puntuación estándar | Coefficiente |
| Patrones restringidos de conducta | _____ | _____ | _____ | 1 | Interacción social | Coefficiente |
| Patrones cognitivos | _____ | _____ | _____ | 1 | Patrones restringidos | Coefficiente |
| Habilidades pragmáticas | _____ | _____ | _____ | 1 | Patrones cognitivos | Coefficiente |
| Suma de Puntuaciones estándar | _____ | _____ | _____ | | Habilidades pragmáticas | Coefficiente |
| Coefficiente de Trastorno de Asperger | _____ | _____ | _____ | 4 | Coefficiente de Trastorno de Asperger | Coefficiente |

Sección III. Guía de interpretación

| Coefficiente de Trastorno de Asperger | Probabilidad de trastorno de Asperger |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| ≥ 80 | Alto/Probable |
| 70-79 | Límite |
| ≤ 69 | Bajo/No Probable |

Nota: Este cuadernillo está impreso en un color naranja. NO LO ACEPTE si no cumple ese requisito.

ANEXO 3. CUESTIONARIO CAST.

Recuperado de: <http://espectroautista.googlepages.com/CAST-es.html>.

¿Cómo interpretar el resultado?

El Test Infantil del Síndrome de Asperger ha demostrado ser útil en la identificación temprana de niños, entre edades comprendidas entre los cuatro y los once años, cuyos comportamientos sugieren un alto riesgo de presencia de un síndrome de Asperger. Cada pregunta puede proporcionar 0 o 1 puntos, pero hay seis preguntas que no puntúan. Por tanto, la puntuación máxima posible es de 31 puntos. Una puntuación total de 15 o superior sería indicativa de la presencia de comportamientos que justificarían realizar una valoración diagnóstica por parte de un profesional de la salud.

El cuestionario tiene 37 preguntas. Por favor, contéstelas todas.

| | Sí | No |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1 ¿Le resulta fácil participar en los juegos con otros niños? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2 ¿Se acerca de una forma espontánea a usted para conversar? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3 ¿Comenzó el niño a hablar antes de cumplir los dos años? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4 ¿Le gustan los deportes? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5 ¿Da el niño importancia al hecho de llevarse bien con otros niños de la misma edad y parecer como ellos? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6 ¿Se da cuenta de detalles inusuales que otros niños no observan? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7 ¿Tiende a entender las cosas que se dicen literalmente? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8 ¿A la edad de tres años, pasaba mucho tiempo jugando imaginativamente juegos de ficción? Por ejemplo, imaginando que era un superhéroe, u organizando una merienda para sus muñecos de peluche. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9 ¿Le gusta hacer las cosas de manera repetida y de la misma forma todo el tiempo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10 ¿Le resulta fácil interactuar con otros niños? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | Sí | No |

| | | | |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| 11 | ¿Es capaz de mantener una conversación recíproca? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12 | ¿Lee de una forma apropiada para su edad? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13 | ¿Tiene los mismos intereses, en general, que los otros niños de su misma edad? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14 | ¿Tiene algún interés que le mantenga ocupado durante tanto tiempo que el niño no hace otra cosa? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15 | ¿Tiene amigos y no sólo "conocidos"? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16 | ¿Le trae a menudo cosas en las que está interesado con la intención de mostrárselas? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17 | ¿Le gusta bromear? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 18 | ¿Tiene alguna dificultad para entender las reglas del comportamiento educado? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 19 | ¿Parece tener una memoria excepcional para los detalles? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 20 | ¿Es la voz del niño peculiar (demasiado adulta, aplanada y muy monótona)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | | Sí | No |
| 21 | ¿Es la gente importante para él? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 22 | ¿Puede vestirse solo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 23 | ¿Muestra una buena capacidad para esperar turnos en una conversación? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 24 | ¿Juega el niño de forma imaginativa con otros niños y participa en juegos sociales de roles? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 25 | ¿Hace a menudo comentarios que son impertinentes, indiscretos o socialmente inapropiados? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 26 | ¿Puede contar hasta cincuenta sin saltarse números? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 27 | ¿Mantiene un contacto visual normal? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 28 | ¿Muestra algún movimiento repetitivo e inusual? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 29 | ¿Es su conducta social muy unilateral y siempre acorde a sus propias reglas y condiciones? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 30 | ¿Utiliza algunas veces los pronombres "tú" y "él/ella" en lugar de "yo"? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | | Sí | No |
| 31 | ¿Prefiere las actividades imaginativas, como los juegos de ficción y los cuentos, en lugar de números o listas de información? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 32 | ¿En una conversación, confunde algunas veces al interlocutor por no haber explicado el asunto del que está hablando? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 33 | ¿Puede montar en bicicleta (aunque sea con ruedas estabilizadoras)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| | | | |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| 34 | ¿Intenta imponer sus rutinas sobre sí mismo o sobre los demás de tal forma que causa problemas? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 35 | ¿Le importa al niño la opinión que el resto del grupo tenga de él? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 36 | ¿Dirige a menudo la conversación hacia sus temas de interés en lugar de continuar con lo que la otra persona desea hablar? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 37 | ¿Utiliza frases inusuales o extrañas? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |