



Universidad de Valladolid



**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE
MADRID**

LA INFLUENCIA DE UN TALLER DE ARTETERAPIA EN EL CONTACTO SOCIAL DE UNA PERSONA CON TEA. UN ESTUDIO DE CASO.

TRABAJO FIN DE MÁSTER

2013-2014

Sara Jiménez Lozano

Convocatoria extraordinaria: Febrero

Tutora: Myriam de la Iglesia Gutiérrez

Máster en Arteterapia y Educación Artística para la Inclusión Social

Facultad de educación y Trabajo Social

Universidad de Valladolid

CURSO: 2013-2014

Amo las limitaciones, porque son la causa de la inspiración.

Susan Sontag

Índice

1. Resumen.....	5
2. Introducción.....	6
3. Preguntas y Objetivos de Investigación.....	8
3.1. Preguntas de investigación:	8
3.2. Objetivo general	8
3.3. Objetivos específicos	8
4. Marco teórico de referencia.	9
4.1. Breves apuntes sobre el diagnóstico del participante según DSM-5 (APA, 2013).....	9
4.2. Arteterapia	14
4.2.1. Creatividad	14
4.2.2. El dibujo.....	18
4.3. Breves apuntes sobre bullying relevantes para la investigación	19
5. Metodología.....	20
5.2. Selección del caso	21
5.3. Instrumento de recogida de datos.....	21
5.4. Fases de la Investigación.....	22
6. Desarrollo del contenido y resultados.....	23
6.1. Contexto.....	23
6.2. La Elección del caso	24

6.3. Evaluación Inicial	25
6.4. Intervención	25
6.5. Resultados	27
6.5.1. Primera sesión.....	27
6.5.2. Segunda sesión.....	28
6.5.3. Tercera sesión.....	29
6.5.4. Cuarta sesión	29
6.5.5. Quinta sesión.....	30
7. Conclusiones	30
8. Bibliografía.....	33
9. Anexos.....	36

1. Resumen.

El presente documento pretende exponer un Estudio de Caso sobre la influencia del Arteterapia en una persona con Trastorno del Espectro Autista. Cuando las palabras no son suficientes como vía de comunicación, nuevas herramientas proporcionan al participante la capacidad de expresarse como no podía hacerlo. Los resultados obtenidos parecen indicar que la existencia de un lugar de seguridad como el espacio terapéutico da confianza al paciente para superar miedos y le permite avanzar hacia una mejora en las relaciones sociales.

Palabras clave: Arteterapia, Autismo, Relaciones sociales, Expresión, Creatividad

2. Introducción.

Antes de comenzar con la exposición del trabajo, es conveniente plantear un guión y realizar algunas aclaraciones terminológicas que serán útiles para la comprensión global de la investigación.

Este Trabajo Fin de Máster (en adelante TFM) nace de la inquietud surgida durante un taller de Arteterapia en las prácticas del Máster en Arteterapia y Educación Artística para la Inclusión Social (en adelante ATEAIS), en las sesiones llevadas a cabo con uno de los participantes al que nos referiremos como I. en adelante para proteger su identidad.

I. es un joven de 19 años con diagnóstico de Síndrome de Asperger y Déficit de Atención e Hiperactividad (DSM-IV-TR, APA, 2002). Tras el reciente cambio en la clasificación diagnóstica que expone el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (en adelante DSM) (APA, 2013), estudiaremos su caso como un Trastorno del Espectro Autista (en adelante TEA). He de apuntar que no es el diagnóstico lo principal en esta investigación ni es relevante la actualización del DSM, pero ha sido necesario reflejarlo en él para completar el marco teórico que ayude a comprender el sentido del trabajo.

La dificultad principal de I. se encuentra en el plano social, más acentuada en un ambiente de gran grupo. Creemos que una de las causas principales de este problema es su incapacidad de transmitir por medio de la palabra todo aquello que quiere expresar, por lo que consideramos que el Arteterapia sería muy beneficioso para él, contando además con que tiene grandes habilidades pictóricas y disfruta dibujando.

Esta persona fue seleccionada por el equipo de trabajadores de la entidad en Toledo (CECAP Servicio de Capacitación) para participar en los talleres de Arteterapia, donde, como explicaremos posteriormente, observamos que la utilización del arte y la creación del espacio terapéutico conformaron un instrumento que supuso una mejora importante en las relaciones de I. con los demás, y concretamente, en la creación de vínculos. Hablamos de vínculos cuando nos

referimos a relaciones de afecto y confianza. Hasta el momento de comenzar el taller, y según lo que la madre del participante dijo en la entrevista realizada, I. no era capaz de establecer este tipo de relaciones con nadie más que con sus parientes más cercanos, ya que parece necesitar un contacto más continuado de lo habitual para llegar a ello.

A lo largo de las sesiones se observó un cambio en la actitud de I. dentro del taller, pero el momento que determinó que la investigación sería sobre su caso fue cuando, durante una de las sesiones, el participante estableció contacto visual con la Arteterapeuta al explicar la historia de una de sus creaciones. Este es un hecho que nos sorprendió ya que I. nunca mira a la cara a las demás personas, ni siquiera a su familia. A partir de ese momento, la relación dentro del taller cambió y, podemos decir, se estableció un vínculo.

Además de prestar atención a lo que sucedía dentro del taller, quisimos comprobar si realmente las sesiones de Arteterapia estaban influyendo en la vida que I. llevaba fuera de allí, con su familia, amistades y con personas extrañas.

La presente investigación se ha llevado a cabo siguiendo una metodología cualitativa, partiendo de una experiencia y las observaciones realizadas en ella, que han conformado el inicio del estudio de caso que a continuación se presenta con un método que parte de la generalización y se dirige a la teoría, como es propio de este tipo de trabajos (Yacuzzi, 2005).

Para sostener todo lo anterior se ha elaborado un marco teórico de referencia en el que exponemos algunas cuestiones relativas a la investigación y que otros autores han tratado anteriormente, configurando así una base sobre la que construir este TFM por el momento, y una posible propuesta de intervención para un futuro, atendiendo a la grata experiencia vivida y a los posibles resultados positivos si se continua en la línea de trabajo.

3. Preguntas y Objetivos de Investigación

3.1. Preguntas de investigación:

¿El espacio terapéutico creado en un taller de Arteterapia facilita la creación de vínculos? ¿Puede ser el dibujo un sustituto de la palabra? ¿Las personas con TEA pueden conseguir mejorar sus relaciones sociales si se incrementa la confianza en sí mismos y se les ofrecen nuevas vías de expresión?

Para responder a las preguntas surgidas al plantear la investigación, se han propuesto los siguientes objetivos:

3.2. Objetivo general

- Valorar si las sesiones de Arteterapia con una persona con autismo pueden ayudar a superar su dificultad para establecer vínculos.

3.3. Objetivos específicos

- Realizar una evaluación inicial del contexto social del participante antes de la intervención
- Identificar qué cambios se producen a raíz del taller de Arteterapia
- Comprobar si los cambios observados en el participante son relevantes también fuera de la consulta.

4. Marco teórico de referencia.

4.1. Breves apuntes sobre el diagnóstico del participante según DSM-5 (APA, 2013)

Para comenzar con el marco teórico, haremos una breve exposición de la categoría diagnóstica actual del participante, aunque fue diagnosticado en primer lugar con un Síndrome de Asperger cuando era un niño, actualmente y según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (APA, 2013), pasa a denominarse Trastorno del Espectro Autista (en adelante TEA).

Lorna Wing en el año 1988 tal y como indica (Martos, 2003) propone que, para una mejor comprensión de la persona autista, es más conveniente definir el autismo como un síndrome, es decir, como un conjunto de síntomas, asociado a una variedad de trastornos neurobiológicos y niveles intelectuales muy diferentes. Para Wing, son 3 las dimensiones básicas sintomáticas que definen el comportamiento autista; conocidos como la “triada autista de Wing”:

- Alteraciones y retraso a nivel del lenguaje y comunicación verbal y no verbal.
- Alteraciones del desarrollo social, especialmente de la reciprocidad interpersonal.
- Alteraciones en el pensamiento de la conducta: rigidez de pensamiento y conducta, pobre imaginación social, conducta ritualista, perseveración y retraso o ausencia de juego simbólico.

A continuación, en la Tabla número 1, expondremos un resumen de los criterios diagnósticos para el TEA establecidos por el DSM-5 (APA, 2013) con una traducción propia, ya que en la fecha en la que se realiza este estudio no existe una versión oficial en castellano de tal manual. Los criterios diagnósticos completos se pueden consultar al final del trabajo, Anexo 1.

Tabla 1. Resumen de los criterios diagnósticos para el TEA obtenidos del DSM-5
(APA, 2013, pp. 50, 51)

299.00 Trastorno Autista

Trastorno del Espectro Autista

Debe cumplir los criterios A, B, C y D:

A. Déficits persistentes en la comunicación y en la interacción social en diversos contextos, no atribuibles a un retraso general del desarrollo, manifestando los siguientes en el momento presente o durante la historia evolutiva (los ejemplos son ilustrativos, no exhaustivos, ver el texto):

B. Patrones de comportamiento, intereses o actividades restringidas y repetitivas que se manifiestan al menos en dos de los siguientes puntos, en el momento presente o durante la historia evolutiva (los ejemplos son ilustrativos, no exhaustivos, ver el texto):

C. Los síntomas deben estar presentes en el periodo de desarrollo temprano (pero pueden no llegar a manifestarse plenamente hasta que las demandas sociales exceden las limitadas capacidades, o pueden ser camuflados con estrategias aprendidas durante la vida).

D. Los síntomas causan trastornos significativos en lo social, ocupacional, u otras áreas importantes del funcionamiento corriente.

E. Estas alteraciones no están justificadas por la discapacidad intelectual (trastorno en el desarrollo intelectual) o por un retraso en el desarrollo global. La discapacidad intelectual y el trastorno del espectro autista muchas veces suceden a la vez, para realizar diagnósticos del trastorno del espectro autista y de la discapacidad intelectual, la comunicación social ha de ser de menor que la esperada para un nivel madurativo general.

En cuanto al caso que nos ocupa, hemos de apuntar que el origen de este trastorno no está claro, ya que la madre del participante nos ha contado que los médicos nunca pudieron averiguar si el trastorno de su hijo es debido a las dificultades sucedidas durante el parto (las vueltas de cordón umbilical que provocaron que fuera necesaria una reanimación cardiaca que resultó ser traumática) o si el origen era congénito. A propósito de las hipótesis causales de los TEA, De la Iglesia y Olivari (2007) señalan:

Sabemos que los TEA no tienen una etiología común, pero no se duda de su base orgánica y genética. Los síndromes conductuales pueden ser causados por diversos factores, como alteraciones neurobiológicas, pero aún está por descubrir si son la causa de un déficit en el funcionamiento psicológico. Las investigaciones en el plano neurobiológico se intentan conectar con las teorías psicológicas que estudian los mismos fenómenos, pero desde los niveles conductuales, cognitivos, afectivos y/comunicativos” (pp. 41-43).

Sobre el diagnóstico de I., tampoco ha habido uno unívoco que se haya mantenido a lo largo de estos años. I. se sometió a numerosas pruebas cuando era niño, a partir de los dos años, y los médicos pronosticaron un desarrollo intelectual lento y muy limitado, según palabras de la madre: “a mí me dijeron que mi hijo no iba a aprender a leer”.

Ante tales expectativas, la familia decidió hacer un esfuerzo y desafiar la predicción de los Médicos, consiguiendo entre todos resultados mucho mejores de lo que esperaban. Aunque llevaron a cabo un distanciamiento del contexto médico, I. tiene un seguimiento por parte de un Psiquiatra y continúa tomando actualmente un medicamento para paliar los síntomas de otro de sus trastornos diagnosticados, el Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (en adelante TDAH) para el DSM-IV-TR (APA, 2002) y actualmente, Déficit de Atención/Trastorno de Hiperactividad (en adelante ADHD) en el DSM-5 (APA, 2013). El tratamiento farmacológico que sigue es 1g. de Risperidona diario.

Los criterios clínicos para el diagnóstico del ADHD en el DSM-5 (APA, 2013) no han sufrido modificaciones relevantes para este trabajo respecto al TDAH del

DSM-IV-TR (APA, 2002), pero sí se especifican situaciones para detectarlo en la edad adulta. Además, la nueva actualización del manual permite diagnosticar el ADHD junto a los trastornos del espectro autista (TEA). Hasta ahora, los dos diagnósticos a la vez eran incompatibles, aunque para I. figuran ambos desde hace años y se le ha tratado conforme a ello.

Según el DSM-IV-TR (APA, 2002) los criterios aplicables para diagnosticar el TDAH son los que aparecen en la siguiente Tabla número 2 de manera resumida y en el Anexo 3 de forma completa:

Tabla 2. Resumen de los criterios diagnósticos para el TDAH obtenido de DSM-IV-TR (APA, 2002)

<p>A-1) Presenta seis o más de los siguientes síntomas de falta de atención durante al menos 6 meses con una intensidad superior a la que normalmente manifiestan las personas de su misma edad:</p> <p>Desatención, comete errores en el colegio o el trabajo, le cuesta mantener la atención en las tareas, parece que no escucha cuando se le habla, no suele finalizar las tareas, no suele seguir instrucciones, le resulta complicado organizar tareas y actividades, intenta evitar realizar tareas que le suponen un esfuerzo mental sostenido, pierde objetos frecuentemente, se distrae con cualquier estímulo irrelevante, es descuidado en las actividades de la vida diaria.</p> <p>A-2) Presenta seis o más de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad durante un período mínimo de 6 meses con una intensidad superior a la que normalmente manifiestan las personas de esa edad:</p> <p>Hiperactividad, movimientos de manos y pies, no mantenerse sentado, corre o salta en exceso, tiene dificultades para realizar actividades o juegos tranquilos, se mueve continuamente, habla en exceso, impulsividad, responde antes de que la pregunta haya terminado, le cuesta esperar su turno, interrumpe a los demás...</p> <p>B) Algunos de estos síntomas que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años.</p> <p>C) Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (escuela, casa, trabajo,...)</p> <p>D) Deben existir pruebas de que hay un problema clínicamente significativo del funcionamiento social y académico o laboral.</p> <p>E) Los síntomas no están presentes exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia o cualquier otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por otro trastorno.</p>
--

Además del DSM-5 (APA, 2013), existe otra clasificación diagnóstica, la Clasificación Internacional de Enfermedades (en adelante CIE) CIE-10 (OMS, 1992), para definir tanto el autismo como el AHDH, pero utilizaremos la primera por centrarnos en los criterios más utilizados en la literatura científica actual.

El trabajo que se desarrolla con I. por parte del Servicio de Capacitación donde es usuario, CECAP, está basado en una filosofía de “Puntos Fuertes y Débiles”, donde los débiles serán aquellas cuestiones que dificultan su progreso en materia de consecución de objetivos planteados (la mayoría se corresponden con características propias de su trastorno), y fuertes los que lo faciliten. La mayoría de los puntos débiles que figuran en el registro de I. están contemplados en los criterios diagnósticos citados anteriormente. También hemos encontrado similitud entre la evaluación realizada por parte del centro y los puntos fuertes y débiles que recogen De la Iglesia y Olivar (2007) sobre personas con síndrome de Asperger. Consideramos oportuno hacer referencia a ellos a pesar de que ese diagnóstico no exista en la actualidad, ya que era el que tenía el participante y sus características siguen siendo las mismas.

De la Iglesia y Olivar (2007) clasifican estos puntos atendiendo a 3 ámbitos: Relaciones Sociales, Comunicación y Lenguaje, y Ficción e Imaginación (Anexo 4). Precisamente son estos 3 los que entran en acción en el taller de Arteterapia, como apuntan López y Martínez (2006):

La esencia del arteterapia recae en crear algo, y este proceso de creación y su producto son de central importancia en la escena del arteterapia. El proceso artístico facilita la salida de la experiencia interna y de los sentimientos, que pueden salir a la luz de forma desordenada e ininteligible en un primer momento para el o la participante. Los materiales artísticos ofrecen un modo tangible y estable a través del cual se pueden expresar los aspectos conscientes e inconscientes a través de la expresión visual (p. 50).

El espacio terapéutico ha supuesto para I. un lugar donde desarrollar sus puntos fuertes y donde los puntos débiles han quedado a un lado, ya que era capaz

de desarrollar las actividades sin que éstos se lo dificultaran o impidieran. Como citan López y Martínez (2006), las arteterapeutas Dalley y Case (1992) señalan:

Al entrar en ese espacio (el espacio del Arteterapia), se entra en un terreno que debe aportar seguridad. En ese espacio se activa un potencial en el cual se podrán estudiar las preocupaciones, miedos, a través del arte y en la relación con el arteterapeuta (p.48)

4.2. Arteterapia

Aunque en la amplia investigación que existe sobre el autismo predominen los estudios relacionados con las capacidades intelectuales de éstos, existen también aquellos que hacen alusión a su poder creativo y a las habilidades artísticas e imaginativas que poseen. A continuación haremos un breve repaso de algunas cuestiones teóricas relacionadas con el tema del Arte que consideramos importantes en esta investigación.

4.2.1. Creatividad

Resulta complejo definir el concepto de Creatividad, y como hemos encontrado tan diversas formas de hacerlo, y tantos autores que proponen su propia definición, finalmente hemos optado por señalar cómo la entienden dos autores diferentes:

López y Martínez (2006) proponen la siguiente reflexión a propósito del concepto de creatividad:

La creatividad es un estado del pensamiento, pero también una disposición emocional que tiene que ver con el pensamiento crítico, aquel que pone énfasis en ciertas habilidades cognitivas íntimamente relacionadas con capacidades emocionales. Nadie puede inventar nada si no confía y a la vez es crítico consigo mismo, si no confía en su capacidad de juicio y decisión, y si tiene miedo a equivocarse. Ni siquiera puede inventar su propia vida, que permanecerá pegada a la de aquel o aquellos a los que cree que la legitiman. (p.21)

Torrance expuso en una entrevista otorgada a Dunn (2000) 3 acepciones que en resumen consisten en:

- Capacidad por la que los individuos enfrentan una situación, en donde no se tiene una solución o no se ha aprendido a resolver el problema, y se busca la solución.
- Definición artística que tiene que ver con el uso de sensaciones y de cada parte del cuerpo (muy ligada al concepto de ciencias del movimiento humano).
- Definición de investigación que tiene relación con el proceso en el que la persona se da cuenta de que existen algunas dificultades o hay una nueva idea y hace varias pruebas hasta que obtiene la respuesta y la comunica.

Por tanto, podríamos decir que el proceso creativo involucra todos estos aspectos, y la persona creativa, según Sternberg y Lubart (1997), será aquella que genere ideas relativamente nuevas, apropiadas y de alta calidad. A propósito de esta persona creativa, Menchén Bellón (2001, p.62), plantea que la creatividad es una característica natural y básica de la mente humana y que se encuentra potencialmente en todas las personas. Afirmación que apoyan Trigo y colaboradores (1999), que exponen que: “la creatividad es una capacidad humana que, en mayor o menor medida, todo el mundo posee” (p. 25).

Fernández Añino (2003) defiende a partir de los estudios de Paul Harris, Psicólogo de la Universidad de Oxford, que las personas con autismo, al presentar dificultades en cuanto al juego de ficción espontáneo, de juego simbólico espontáneo o de juego de roles, tendrían dificultades para ser creativos, ya que carecerían de la capacidad de imaginar o de interpretar el mundo exterior.

A continuación presentamos la Tabla número 3, elaborada por Parada Camelo (2012) en la que expone una serie de características de la personalidad creativa típica y la de una persona con Síndrome de Asperger, que parecen enfrentadas:

Tabla 3. Características generales de la personalidad, (Obtenido de Parada Camelo, 2012)

CARÁCTERÍSTICAS DE LA PERSONALIDAD CREATIVA	CARACTERÍSTICAS DE UNA PERSONA CON SÍNDROME DE ASPERGER
<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilidad a los Problemas • Flexibilidad • Fluidez • Originalidad • Elaboración 	<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno cualitativo de la relación • Inflexibilidad mental y comportamental • Problemas de habla y lenguaje • Alteraciones de la expresión emocional y motora • Capacidad normal de "inteligencia impersonal"

Continua Fernández Añino (2003) diciendo que se puede hablar de arte en personas con trastorno de Asperger, pero siendo éste un arte caracterizado en algunos casos por la falta de ficción, falta de capacidad para imaginar realidades alternativas. Llama la atención este tipo de afirmaciones cuando el participante sobre el que hemos realizado este estudio de caso parece representar situaciones muy bien matizadas y concretas, que no se refieren a la realidad en la que vive, sino que son imaginadas.

Más adelante, en su artículo, nos recuerda que la creatividad durante mucho tiempo fue identificada con la inteligencia, hasta tal punto que se consideraba al individuo poco inteligente como incapaz de desarrollarse creativamente. Hoy en día esa idea se ha descartado concibiendo varios niveles según el cociente intelectual. Los niveles propuestos por Fernández Añino (2003) según sus estudios con experiencias creadoras en personas con discapacidad fueron las siguientes:

- Las personas de menos de 30 de cociente intelectual (totalmente dependientes) no desarrollan apenas conductas creativas.
- Los de 30 a 50 de C. I. (adiestrables *[sic]*) tendrán cierto rendimiento.
- Los de 50 a 70 de C. I. (educables) llegaran a resultados más apreciables.

Gran parte de la información contrastada parece indicar que las características de la persona con TEA no se corresponden con las características de la persona creativa. Sin embargo, sabemos por nuestra experiencia que existen personas con discapacidad intelectual que son capaces de realizar producciones creativas. Por ejemplo, el participante protagonista de este estudio de caso, que presenta una dificultad en la expresión oral, es capaz de comunicarse por medio del arte.

En este sentido, incluimos la tabla número 4, que pensamos que refleja estos puntos fuertes de los que hablamos con anterioridad:

Tabla 4. Características que favorecen la personalidad creativa. (Tomado de Parada Camelo, 2012)

Características	Beneficios
Inteligencia normal	Como propone Fernández Añino (2003), la inteligencia normal permitiría al individuo ser una persona creativa.
Fijación con un determinado tema, llegando a ser expertos en el mismo.	Debido a dicha fijación, llegan a dominar todos los aspectos de un tema. Este amplio conocimiento le permite realizar creaciones nuevas.
Memoria inusual para captar ciertos detalles.	Gracias a esta capacidad, son capaces de analizar los pequeños detalles y descubrir cosas que a otros se les escapan.
Personas rutinarias y organizadas. Rituales.	Suelen ser muy metódicos, lo que les proporciona una buena forma de trabajo para investigar.

4.2.2. El dibujo

Nos centraremos en este medio de expresión artística, ya que ha sido el elegido por el participante que es objeto de estudio en el taller, a pesar de tener a su disposición otros materiales con los que utilizar otras técnicas.

En el libro de López Fernández Cao y Martínez Díez, “Arte Terapia, Conocimiento interior a través de la expresión artística” (2006), se plantea el dibujo como acto estructurante, y se proponen algunas ideas de Ricardo Rodulfo (1999) sobre el dibujo infantil que pueden ser de interés para el tema que nos atañe.

Una de las autoras de este libro (López Fernández Cao, 2006) afirma que:

El papel se convierte a su vez en un espacio que posibilita el desarrollo simbólico del niño mediante la metáfora y la metonimia, ambos mecanismos del proceso de significación. El papel se convierte en un espacio donde el niño puede inscribirse, decirse y significarse (p. 111).

Continúa explicando cómo el trazo se convierte en un objeto que nos liga y a la vez desliga de nosotros mismos, en un objeto simbólico al cual dotamos de contenido personal. Siempre que se habla de los beneficios que el Arteterapia tiene en las personas, aparece la ventaja que supone dar forma física a las representaciones mentales, lo que facilita la actuación ante ellas y da visiones diferentes que pueden llevar a nuevas reflexiones.

En este TFM, como se dijo anteriormente, queremos recrear un enfoque hacia la creación de vínculos de las personas con autismo. Marisa Rodulfo (1993) y Ricardo Rodulfo (1999) plantean una hipótesis recogida también en el libro de López y Martínez (2006), por la que se establece una unión entre el cuerpo, las caricias y los dibujos. Sostienen que las caricias son los primeros dibujos, aquellos realizados sobre el cuerpo de otra persona antes que en el papel. A raíz de esto, señalan como hipótesis que las caricias recibidas de niños fijan una estructuración corporal y así queda abierta la posibilidad de la hoja, del espacio del mundo donde el niño se escribe, se dibuja (Rodulfo, 1999).

Hemos decidido tratar el tema del dibujo desde esta perspectiva y no desde otra por el interés que tiene en el caso que nos ocupa: desde pequeño, I. ha ofrecido resistencia al mantenimiento de contacto físico con otras personas, pero sin embargo, ha manifestado una inquietud por el dibujo que podría suponer, según esta teoría, una forma de caricia.

4.3. Breves apuntes sobre bullying relevantes para la investigación

Hemos considerado oportuno hacer referencia a este último aspecto en el Marco Teórico ya que I. sufrió bullying en el primer colegio en el que estudió hasta que tuvo 12 años, y es probable que haya influido en su forma de actuar en la actualidad.

Para realizar una contextualización de este aspecto hemos buscado definiciones en distintas fuentes. El término bullying no aparece en el Diccionario de la Lengua Española (Real Academia Española, 2001) pero actualmente es utilizado para indicar cualquier tipo de acoso escolar; el ejercicio de la violencia entre iguales.

La Organización Mundial de la Salud, en su Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud (OMS, 2003), define violencia como “el uso intencional de la fuerza o el poder físico de hechos o con amenaza contra uno mismo o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones o muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”

Además de esta definición, creemos conveniente señalar algunas de las acepciones consensuadas que proponen autores de referencia como Olweus (1996) y Smith, Cowie y Blades (1991), que entienden como bullying el subconjunto de conducta agresiva en la que hay un desequilibrio de poder y donde el acto agresivo es repetido todo el tiempo. Si se dan estas acciones negativas de forma repetida y duradera, se considera a la persona intimidada. En el entorno del colegio sería aquella conducta de persecución física y/o psicológica que realiza un alumno o alumna contra otro, al que elige como víctima de repetidos ataques. Esta acción negativa e intencionada, sitúa a la víctima en posiciones de las que difícilmente puede salir por sus propios medios (Olweus, 1996). Aunque I. no sufriera violencia

física como tal, o al menos no lo ha contado, sí ha estado sometido a burlas y discriminaciones desde que terminó la Educación Infantil.

La intimidación y la victimización entre iguales son procesos en los que uno o más alumnos intimidan a otro –víctima– a través de insultos, rumores, vejaciones, aislamiento social, motes, etcétera. Si bien puede o no incluir la violencia física, este maltrato puede tener lugar a lo largo de meses e incluso años y sus consecuencias son ciertamente devastadoras (Barragán, Valadez, Garza, Barragán, Lozano, Pizarro et al, 2010)

En el caso de I., esta situación ha afectado a la confianza en sí mismo, al rendimiento escolar y a su estado anímico general. Todo esto ha supuesto una frustración muy grande para los padres, que encontraron nuevas barreras contra las que era difícil enfrentarse.

5. Metodología.

Según Martínez Minguélez (2006), toda investigación debe poseer dos centros básicos o pilares de actividad:

1. Recoger toda la información necesaria y suficiente para alcanzar esos objetivos, o solucionar ese problema.
2. Estructurar esa información en un todo coherente y lógico, es decir, ideando una estructura lógica, un modelo o una teoría que integre esa información.

A continuación se expondrán en distintos apartados los aspectos que definen la metodología utilizada.

5.1 Justificación de la Metodología.

La metodología escogida atendiendo a las necesidades de la situación ha sido de corte cualitativo, utilizando como estrategia un estudio de caso. Así se pretende conocer en profundidad la realidad de un participante, presentando los datos como una opinión interpretativa, incluyendo su análisis durante el trabajo de

campo con el objetivo de destacar aquello del caso que lo hace ser especial, significativo, único y representativo.

La elección de esta metodología se ha producido a raíz de la inquietud provocada por un caso tratado en el periodo de prácticas. Al haber surgido como continuación de otro trabajo, la planificación de la investigación se ha ido adaptando según el curso que tomaban los acontecimientos.

Para conocer los aspectos que caracterizan y definen a esta metodología, qué instrumentos de recogida y análisis de la información se utilizan, qué fases se han sucedido, etc., y estructurarlos, a continuación se desarrollan algunas de las características más significativas del enfoque metodológico del estudio de caso.

5.2. Selección del caso

La investigación trata sobre un caso en el que detectamos que podía ser interesante profundizar por las características específicas del participante, durante el periodo de prácticas del Máster de ATEAIS. Durante estos meses se llevaron a cabo una serie de actividades con 11 personas con discapacidad, 9 chicas y 2 chicos, con edades comprendidas entre 11 y 34 años y con diagnósticos diferentes.

El caso seleccionado fue uno de ellos, un joven de 19 años con diagnóstico de Síndrome de Asperger y Déficit de Atención e Hiperactividad, por la peculiaridad de su trabajo y el interés mostrado, así como por los cambios que se observaron durante los 2 meses que duró nuestra actividad.

5.3. Instrumento de recogida de datos

El instrumento utilizado durante el periodo de prácticas fue el diario de campo, que fue escrito todos los días al terminar cada una de las sesiones individuales, procurando incluir los aspectos observados más significativos.

A lo largo del tiempo que duró el taller de Arteterapia y posteriormente, se han ido sucediendo una serie de entrevistas informales mantenidas con los trabajadores de CECAP para conocer su punto de vista sobre la evolución del participante. Estas

fueron registradas mediante notas en el diario de campo que posteriormente han servido para elaborar el TFM.

En el proceso de realización de este trabajo se ha utilizado también una grabadora para captar la entrevista no estructurada realizada a la madre del participante y poder analizarla posteriormente con más detalle. La entrevista no fue elaborada previamente de manera exhaustiva, sino que consistió en una conversación informal en la que se trataron temas de interés para la investigación. Esta se realizó una vez finalizado el periodo de prácticas del Máster ATEAIS y con vistas a la elaboración del TFM.

5.4. Fases de la Investigación

Esta investigación, al haber partido de la observación de un caso en particular sobre el que ya se trabajó durante las prácticas, ha supuesto una profundización en el caso y una ampliación de los conocimientos teóricos relativos al contexto del participante.

El tema principal sobre el que se quiso investigar desde el primer momento fue si, como parecía, las sesiones de Arteterapia con I. habían supuesto un cambio en su forma de relacionarse con las personas extrañas. A partir de la aparición de esta inquietud comenzó la fase de maduración del proyecto del TFM, con un contacto con la Tutora y una primera fase de búsqueda de referencias bibliográficas sobre la literatura existente sobre el tema.

Posteriormente se concretó la línea de investigación que, aunque ha tenido pequeñas variaciones, no ha perdido el hilo que ha seguido desde el principio. De esta manera el TFM comenzó a tener forma y los temas sobre los que investigar para la realización del Marco Teórico se fueron concretando hasta llegar a los que aparecen en el trabajo.

La revisión bibliográfica ha supuesto la mayor complicación del trabajo, ya que son muchas las fuentes que han tratado temas relacionados con autismo en profundidad, pero no sobre el tópico exacto sobre el que estábamos trabajando. Lo que interesaba para esta investigación en concreto era cómo todos los aspectos

(TEA, TDAH, Arteterapia, Creatividad) afectaban al participante, cada uno desde su perspectiva pero convergiendo en una misma persona.

6. Desarrollo del contenido y resultados

A continuación expondremos una pequeña descripción de cómo se desarrolla la vida de I., ya que consideramos que es fundamental para comprender la investigación, así como una explicación de la recogida de datos, de su tratamiento y de su análisis.

6.1. Contexto

I. vive en una pequeña localidad cercana a Toledo, con su madre y su padre. Tiene un hermano mayor que dejó el domicilio familiar hace dos años aproximadamente, suceso que, según afirma la madre, resultó traumático para I. y actualmente apenas tienen relación. El hermano de I. era la persona con la que había establecido el segundo vínculo más intenso de sus relaciones, después del que tiene con su madre.

La comunicación con su padre es escasa, aunque está interesado en su oficio de pintor y le acompaña para ayudarle cuando es posible. Probablemente el interés que muestra por la vida laboral de su padre esté relacionado con sus habilidades artísticas, ya que es en esos momentos cuando I. encuentra un lugar en el que demostrar sus capacidades y donde le reconocen el trabajo que realiza.

La madre es la que parece haber estado más implicada en la evolución de I., y aunque no han llevado a su hijo a ninguna Organización en Toledo hasta hace algo más de un año, en la actualidad la familia se muestra muy colaboradora en todo lo que se refiere al trabajo con su hijo por parte de CECAP, y cuando se les presentó la oportunidad de participar en el Taller de Arteterapia no dudaron en apoyarlo.

La vida de I. ha transcurrido con relativa normalidad, ha asistido a clases en un colegio y un instituto públicos y su educación ha sido normalizada hasta el nivel de la ESO. En el mes de noviembre finalizó un Programa de Cualificación

Profesional Inicial de Auxiliar de Oficina que ofertaba CECAP superándolo con buenos resultados.

6.2. La Elección del caso

La razón principal por la que elegimos a I. como uno de los casos más claros de usuarios que aprovecharían el Taller de Arteterapia fue su diagnóstico y la imaginación que tiene, que parece estar aletargada esperando una vía por la que poder salir, por lo que nos propusimos dársela y ha resultado ser un éxito, ya que, como veremos posteriormente, nos hemos dado cuenta de que le proporciona gran satisfacción y ha sido muy positivo para él.

Además, I. tiene grandes habilidades pictóricas y se desenvuelve sin problemas con los materiales que conoce, los lápices de colores. El resto ha preferido no utilizarlos, aunque los ha tenido a su disposición en todas las sesiones. Creemos que esto es debido a que no quiere mancharse, pero en ningún momento lo ha manifestado.

Los objetivos que se plantearon en un primer momento con I. estaban relacionados con el desarrollo de la capacidad creadora y la expresión por medio de las artes, ya que tiene problemas con el uso del lenguaje, porque aunque tenga un vocabulario y una gramática excelentes, tal y como nos indicó su madre y pudimos observar, no es capaz de relacionarse por medio de él, ni suele expresar sus pensamientos, preocupaciones o inquietudes por ese medio, así que pensamos que para él sería muy positivo darle una nueva herramienta para comunicarse. Además, se siente orgulloso de sus creaciones y le gusta mostrarlas y hablar sobre ellas.

Al finalizar el periodo de prácticas y elegir el estudio de caso como tipo de trabajo para el TFM, decidimos sin dudarlo que I. sería el participante sobre el que se realizaría la intervención, ya que fue la persona en la que observamos cambios más significativos desde el primer día de taller hasta el último, tanto los trabajadores como su familia.

6.3. Evaluación Inicial

Al comenzar el taller de Arteterapia con el participante, no existía ninguna evaluación previamente realizada por CECAP, por lo que el punto de partida surgió a partir de las observaciones de la primera entrevista a la que asistió con sus padres y las observaciones que habían hecho algunos trabajadores de la entidad que habían tenido contacto con él. Tan sólo llevaba un mes en contacto con ellos y sin una asistencia diaria, por lo que no tenían demasiada información.

Partiendo de lo que habíamos observado, creímos conveniente trabajar sobre las relaciones sociales del participante con las personas de su alrededor, para facilitarle la incorporación a un nuevo entorno e intentar superar los problemas que tenía habitualmente para llevar una vida normal, que se centraban la mayoría en lo relativo a la relación con los demás.

También hubo propuestas para trabajar la sexualidad con I., ya que tiene una edad en la que imaginamos que estaría interesado en temas relacionados con ella, pero durante el trabajo en el taller no surgió el tema y consideramos que no era conveniente forzarlo si había otras preocupaciones que él tenía y sobre las que estaba interesado en hablar.

6.4. Intervención

La intervención con I. se produjo entre los meses de octubre y diciembre del año 2012, en sesiones semanales de una hora, en un espacio habilitado para el taller de Arteterapia dentro de uno de los locales de CECAP.

En el trabajo con I. no creí necesario dar demasiadas indicaciones, porque al contarle el primer día lo que pretendíamos con este Taller (proporcionar una nueva vía de expresión y potenciar la creatividad) él se mostró muy entusiasmado y en seguida le surgieron ideas sobre las que trabajar.

En la primera de las sesiones, como dije anteriormente, le expuse, al principio con la presencia de sus padres y después sin ellos, en qué iban a consistir estos meses, me presenté, mostré el espacio donde trabajaríamos y los materiales que teníamos a nuestra disposición, y me contó algo sobre él.

A partir de ahí, todas las sesiones fueron muy parecidas, al entrar hablábamos brevemente de cómo iba la semana, pero en seguida cogía los lápices y folios (siempre elegía DIN A-4, aunque tenía otros más grandes a su disposición) y se ponía a trabajar, durante aproximadamente 30 o 40 minutos, sin levantar la cabeza del papel. Cuando daba por terminada su obra, me explicaba todos los detalles que incluía y la historia de lo que allí aparecía. Desde el principio me impresionó porque parecía tener todo muy bien “atado”, como si me estuviera hablando y describiendo una cosa real y no sobre personajes ficticios, que era lo que había dibujado.

En la penúltima sesión que tuvimos le propuse que hiciéramos una obra para una exposición que nos pidieron desde CECAP y estuvo de acuerdo, aunque su dibujo tuvo un grado de implicación personal mucho menor que los demás a los que estaba acostumbrado, supongo que porque sabía que iba a estar a la vista de mucha gente y no deseaba exponerse.

Es natural este cambio en la implicación y la actitud ante este tipo de actividad, como apuntan López y Martínez (2006):

Hacer arte en una sesión de arteterapia tiene un sentido diferente al de pintar con la intención de exponer al público la obra donde ésta se mirará por sus cualidades estéticas. No es el producto, sino el proceso lo que nos importa. El proceso de arteterapia incluye el lugar, la persona que crea y el terapeuta, además de la obra. (p.52)

El cierre de la actuación con I. no fue como hubiera deseado, ya que la que debería haber sido la última sesión estaba situada en la semana antes de las vacaciones de Navidad, y a lo largo de ésta se sucedieron multitud de actividades por parte de la entidad, y por asistir a ellas muchos de los chicos con los que estaba trabajando no acudieron a nuestra sesión. Debí haberlo planificado, pero no pensé que fuera a influir tanto en sus horarios y contaba con su asistencia. Si hubiera podido cerrar nuestro trabajo, le habría preguntado si creía que le había venido bien venir al taller, y si le gustaría que nos siguiéramos viendo.

6.5. Resultados

Para la elaboración de los resultados se ha utilizado la información de los registros realizados durante las sesiones de Arteterapia, la entrevista con la madre de I. y las opiniones contrastadas con trabajadores de CECAP que conocen al participante en distintas áreas (funcional, educativa, psicológica y laboral).

A continuación quedan reflejados los resultados obtenidos en las 5 sesiones en las que trabajamos en un taller de Arteterapia, descartando así la primera, que fue de presentación, y aquella en la que I. realizó el trabajo para la exposición.

6.5.1. Primera sesión

En el Anexo 5 podemos ver la primera de las obras que realizó en el Taller. Antes de empezar me dijo que iba a presentarme a un personaje que se había inventado él, que era parecido a una rana. Ocupó el folio prácticamente entero y dibujó con mucha seguridad, con un trazo firme, para posteriormente dar color a todo. Al terminar, empezó a hablar del personaje, en forma de monólogo prácticamente, porque yo apenas intervine. Me contó que esta figura, el Payaso Piticlín, era un chico con el que se metían mucho en el instituto, y lo tiraron a una alcantarilla, de la que salió vestido así. Dijo que lo primero que había hecho al salir fue pegar a los que le habían tirado, y que actualmente trabajaba en una escuela de payasos enseñando trucos a otros niños. Siguió diciendo que su familia también lo tiró a la alcantarilla un día que se portó mal, y que pasó 26 años allí metido, que se rompió la cadera y no se la habían dejado bien, por eso necesitaba un bastón, pero que ahora vivía en una casa de chuches.

Esta fue la primera señal que tuvimos en torno al bullying. Más tarde y al preguntar a la familia, resultó ser cierto que sufrió acoso escolar, aunque no se produjo la escena como él la describió, sí puede ser que haya elaborado esa historia partiendo de experiencias propias que haya tenido previamente.

El participante tiene una serie de cualidades físicas que han sido motivo de burlas y críticas durante años, sobre todo en su etapa del colegio, según nos contó su madre. Desde pequeño ha sido una persona con sobrepeso y con rasgos faciales peculiares, además, tiene un problema de cadera que hace que tenga que llevar un

zapato ortopédico y se mueva con cierta dificultad. Algunas de estas características sumadas a las demás observaciones expuestas durante el TFM, nos llevaron a pensar que podía estar identificándose con el personaje que inventó.

Cuando terminó de hablar del dibujo me empezó a contar historias sobre sus peluches, que tiene 11 y que antes jugaba con su madre, pero ahora lo hace solo. Dijo que eran sus hijos todos salvo uno gordo, que era su sobrino. Nuevamente podemos observar cómo el aspecto físico juega un papel importante en su concepción de los demás, probablemente porque haya visto que él ha sido juzgado de la misma manera. También me contó que había uno de los muñecos que era un abuelo y que bebía “como un cosaco”, pero que I. le decía que no bebiera y siempre le pedía las bebidas sin alcohol.

Me llamó mucho la atención todo el relato y encontré muchas similitudes entre la vida de este personaje y la de I. (la relación con sus iguales, el sobrepeso, el problema de cadera...), por lo que procuré animarle para que siguiera trabajando sobre él, y así lo hizo.

6.5.2. Segunda sesión

En el Anexo 6 podemos ver lo que realizó una semana después. Recordaba haber acordado que seguiríamos trabajando sobre su personaje, pero no sabía cómo seguir (o eso fue lo que dijo), así que me ofrecí para ayudarle y le propuse que dibujara el lugar favorito de su personaje, que él dijo antes de empezar a elaborar su obra que era su habitación. Una vez más utilizó un DIN A-4 y lo llenó entero, incluso pintó el fondo del suelo, techo y paredes.

El dibujo está repleto de detalles y me contó la historia de cada uno de ellos. Una vez más aparecen historias que tienen que ver con su vida. En la pared de la habitación se encuentra una carta que, según dice, ha escrito la novia de su personaje para él, y éste la tiene enmarcada y colgada. La sesión se termina y decidimos seguir hablando de la novia, que era el tema en el que nos habíamos quedado, la semana siguiente.

Consideré positivo esta pausa para que así tuviera una semana en la que poder reflexionar sobre toda la historia que me iba contando cada día, y concretamente sobre lo que habíamos acordado que ocuparía la siguiente sesión.

6.5.3. Tercera sesión

En el Anexo 7 aparece un dibujo que hizo en nuestra cuarta sesión, en el que retrató a la supuesta novia de su personaje. La elección de dibujarla fue suya, dijo que se acordaba de que habíamos estado hablando de ella y me preguntó si me gustaría que la dibujara. También lo hizo de forma muy segura, como si estuviera reproduciendo una imagen y no inventándola, al igual que el resto de imágenes que había dibujado en otras ocasiones. Al terminar el dibujo, me contó la historia de este personaje, al que llamó La Rana Juana, y dijo que le gustaba mucho gastar el dinero que su novio ganaba, y además a veces robaba. El Payaso Piticlín no quería dejar su relación con ella por miedo a perder su casa.

Llama la atención una vez más, al igual que con la historia del abuelo, la madurez de las situaciones que imagina. Probablemente la causa de esto esté relacionada con que la mayoría de las relaciones que tiene I. son con personas adultas, y muy pocas de ellas son con iguales, por lo que los temas de conversación con los que está familiarizado pueden tener que ver con estos asuntos. En la entrevista que tuve con la madre de I. mucho tiempo después, me contó que siempre que ella sale con sus amigas su hijo les acompaña, por lo que muchas de las interpretaciones que realicé durante nuestro taller empezaron a afianzarse.

6.5.4. Cuarta sesión

En la siguiente sesión me dijo que le ayudara yo a pensar algo para poder dibujar, y le propuse hacer un trabajo en coronas circulares para reflexionar sobre su pasado, su presente y su futuro. Le gustó la idea y le preparé la plantilla. Él pensó detenidamente qué dibujar en cada zona durante aproximadamente 10 minutos, y finalmente, el resultado fue lo que aparece en el Anexo 8. El centro representa el pasado, y según avanza el tiempo se va alejando de éste.

Lo que representó en la parte de la infancia fueron unos juguetes que, según me dijo, aún conserva. En el presente aparece CECAP, con los que en aquel

momento llevaba poco tiempo trabajando pero estaba muy contento; una botella de vidrio pintada, porque estaba haciendo un taller con esta actividad en el pueblo donde vive, y una guitarra, pues también solía ir a clases y decía que le gustaba mucho y se le daba bien. Del futuro I. dijo esperar sacarse el carnet de conducir y comprarse un coche, trabajar con ordenadores, aprender lengua de signos para poder hablar con un primo suyo que es sordo y también quería enseñar a leer y a escribir a un amigo suyo del pueblo que tiene Síndrome de Down.

6.5.5. Quinta sesión

En la última sesión tuvo él la iniciativa y me dijo que se le había olvidado enseñarme cómo era el sitio donde trabajaba su personaje, y dibujó, como aparece en el Anexo 9, un circo. Casi todos los elementos que aparecen en el dibujo tienen que ver con algún truco de magia, que me expuso en el momento de hablar de su producción.

También apuntó mientras hablaba de la profesión de Piticlín que a él le encantaba la magia, y que conocía varios trucos, los cuales describió diciendo que su personaje sabía hacerlos al igual que él.

El registro de estas sesiones me resultó más complicado que el de las que tuve con otros usuarios, ya que me hablaba durante mucho tiempo y daba muchos detalles que yo intentaba retener para después escribir en mi cuaderno de registro cuando I. se fuera, aunque no siempre lo pude hacer lo completo que me hubiera gustado.

7. Conclusiones

Queda demostrado que, a pesar de lo que sostienen algunas investigaciones sobre las dificultades para ser creativos de las personas con TEA (Fernández Añino, 2003), I. tiene la capacidad de crear personajes y situaciones que le ayudan a contar cosas sobre sí mismo que de otra manera no hacía, y que esto le reporta un beneficio importante, pues así lo han indicado personas que viven a su alrededor y

han observado los cambios producidos en I, como su familia, compañeros y trabajadores de la entidad.

Corroboramos entonces la idea de Trigo y colaboradores (1999) que escriben: “la creatividad es una capacidad humana que, en mayor o menor medida, todo el mundo posee” (p. 25). E incluso afirmamos, apoyados por las entrevistas mantenidas con los demás trabajadores del centro, que la capacidad creativa de I. podría ser significativamente superior a la media, atendiendo a observaciones realizadas en el contexto de CECAP.

Consideramos que una mejora de la autoestima y la seguridad en sí mismo, gracias a esa creatividad que finalmente encontró su lugar en los talleres de Arteterapia, contribuye a una mayor facilidad en las relaciones con los demás. I. se sentía tranquilo y seguro dentro del espacio terapéutico, y consideró que podía confiar en la persona que le acompañaba, según pudimos observar y contrastar en la entrevista con la madre del participante.

Como señalan López y Martínez (2006), los parámetros esenciales del arteterapia están en el significado de las marcas que todos los humanos hacemos y en el espacio terapéutico donde se hacen y cómo se reciben: la respuesta del terapeuta.

En cuanto a los objetivos planteados en un primer momento, el análisis del entorno social del participante ha sido una importante fuente de triangulación de los resultados obtenidos con I., habiendo recurrido a personas que conviven con él en diferentes ámbitos y contando con el seguimiento que he tenido la oportunidad de hacerle, ya que he sido su profesora en los últimos estudios que ha cursado y he podido observarle en ámbitos diferentes de la universidad, en las prácticas que ha realizado (interactuando con personas desconocidas) y en su relación con los compañeros de clase.

A partir de esta observación, han sido identificados los cambios que se han producido a raíz del taller de Arteterapia. Cuando llegó no se relacionaba con personas con las que no tenía confianza, y a medida que pasaba el tiempo y su seguridad aumentaba, ha sido capaz de hablar de sí mismo con los demás,

participar en una conversación de grupo, establecer mayor número de vínculos con otras personas y mejorar la relación con su familia y el entorno, según pudimos constatar mediante la observación, entrevistas a la madre y los trabajadores de la entidad, los comentarios informales por parte de los compañeros de I., etc.

Por lo tanto, los cambios que se habían observado en la consulta, también se pueden ver fuera de ella. Hubo un cambio positivo que ha transformado la vida de I., aumentando la seguridad en sí mismo y abriéndole nuevos caminos. Ha aprendido a “dejarse ver” por los demás, a confiar en ellos y en sí mismo.

Antes de finalizar, queremos dejar reflejado que conocemos las limitaciones que tiene el trabajo y que nos gustaría continuar con este proyecto para poder solventarlas, ya que hemos descubierto los beneficios del Arteterapia en personas con discapacidad y concretamente, en personas con TEA. En un futuro resolveríamos estas limitaciones atendiendo a las necesidades de cada una: aumentaríamos el número de sesiones, realizaríamos las observaciones en más contextos, aumentaríamos el número de informantes para las entrevistas y ampliaríamos el foco de investigación y consultaríamos más fuentes en el estudio de la literatura existente.

Por último nos gustaría apuntar que el proceso terapéutico ocurrió al mismo tiempo que la incorporación de I. a las actividades con CECAP, y que los profesionales que allí trabajan llegaron a la conclusión de que la entrada en la nueva dinámica se hizo más fácil gracias al trabajo que hicimos en el taller, ya que encontró un espacio agradable desde el primer momento dentro de la entidad, y probablemente esa fue la causa principal por la que accedió a quedarse. Hecho que igualmente ha beneficiado en su progreso hacia la incorporación en una vida normalizada.

Nosotros tenemos el bastón para ayudarles a caminar cuando no puedan hacerlo, y ahora además, es de colores.

8. Bibliografía

- Antezana Barrios, L. (2003). Primeros trazos infantiles: Una aproximación al inconsciente. *Revista Comunicación y Medios*, 14 . doi:10.5354/0716-3991.2003.12168. Recuperado en diciembre 2013 de <http://www.revistas.uchile.cl/index.php/RCM/article/viewFile/12168/12520>
- Asociación Americana de Psiquiatría (2002). *DSM IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM (5ª edición)*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Barragán, L., Valadez, I., Garza, H., Barragán, A., Lozano, A., Pizarro, H. et al. (2010). Elementos del concepto de intimidación entre iguales que comparten protagonistas y estudiosos del fenómeno. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 15, 553-569.
- Benites Morales, L. (2010). Autismo, familia y calidad de vida. *Cultura*, 24, 1-20
- Belloch, A. S. (1995). *Manual de psicopatología*. Madrid: McGraw Hill.
- Case, C. y Dalley, T. (1992). *The handbook of Art Therapy*. Londres: Routledge
- Chacón Araya, Y. (2005). Una revisión crítica del concepto de creatividad. *Revista Electrónica "Actualidades Investigativas en Educación"*, 5, 1-30.
- Comunidad TDAH (19 de junio de 2013). *Publicación mensual multidisciplinaria al servicio de los afectados por el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad*. Recuperado el diciembre de 2013, de <http://www.comunidad-tdah.com/noticia/el-dsm-5-amplia-el-diagnostico-del-tdah-de-los-7-a-los-12-anos>

- De la Iglesia, M. y Olivar, J.S. (2007). *Autismo y síndrome de Asperger Trastornos del espectro autista de alto funcionamiento. Guía para educadores y familiares*. Madrid: CEPE.
- Dunn, J. R. (2000). Creativity: An Interview with Dr. E. Paul Torrance. Recuperado en diciembre 2013 de http://www.psychjournal.com/Interviews/November00_Torrance2.htm
- Fernández Añino, M. (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.
- López, M. y Martínez, N. (2006). *Arteterapia. Conocimiento interior a través del arte*. Madrid: Tutor.
- Martínez Minguélez, M. (2006). *Ciencia y arte en la metodología cualitativa*. México: Trillas.
- Martos, J. (2003). Espectro autista: una reflexión desde la práctica clínica. En Rivière, A. Y Martos, J. *Autismo: comprensión y explicación actual* (p. 17-38). Madrid: Imsero-APNA.
- Menchén Bellón, F. (2001). *Descubrir la creatividad. Desaprender para volver a aprender*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Olweus, D. (1993). *Bullying at school*. Malden, EEUU: Blackwell Publishing
- Olweus, D. (1996). Bully/Victim problems and school children. Some basic facts and effects of school based intervention program. *National Educational Service. Reclaiming children and Youth*, 15-22.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª versión (CIE-10)*. Madrid: Meditor.
- Organización Mundial de la Salud (2003). *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud*. Washington, D.C.: OPS

- Parada Camelo, A. J. (junio de 2012). El síndrome de Asperger y la creatividad. El desarrollo de las habilidades sociales a través del arteterapia. *Máster en Intervención e Investigación Socioeducativa* . Oviedo: Universidad de Oviedo.
- Real Academia Española, RAE (2001). *Diccionario de la Lengua Española (22ª ed)*. Consultado en diciembre 2013 de <http://lema.rae.es/drae/>
- Rodulfo, M. P. (1993). *El niño del dibujo*. Buenos Aires: Paidós Iberica.
- Rodulfo, R. (1999). *Dibujos fuera del papel: de la caricia a la lectoescritura e el niño*. Buenos Aires: Paidós Iberica.
- Smith, P. K., Cowie, H. y Blades, M. (1991). *Understanding Children's Development*. Chichester. Reino Unido: Paperback
- Sternberg, R. J. y Lubart, T. I. (1997). *La creatividad en una cultura conformista*. . Barcelona: Ediciones Paidós.
- Trigo Aza, E., y colaboradores (1999). *Creatividad y motricidad*. Barcelona: INDE Publicaciones.
- TDAH y tú, (s.f.). *TDAH y tú: Web especializada en la difusión de contenidos científicos y educativos en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad*. Recuperado en diciembre 2013 de <http://www.tdahytu.es/criterios-para-el-diagnostico/>
- Wing. L. (1988). The continuum of autistic characteristics. *Diagnosis and Assessment in Autism*. Nueva York: Plenum Press
- Yacuzzi, E. (2005). El estudio de caso como metodología de investigación: teoría, mecanismos causales, validación. *Serie Documentos de Trabajo, 1-37*.

9. Anexos

ANEXO 1: Criterios diagnósticos para el TEA obtenidos del DSM-5 (APA, 2013, pp. 50, 51). Traducción propia.

299.00 Trastorno Autista

Trastorno del Espectro Autista

Debe cumplir los criterios A, B, C y D:

A. Déficits persistentes en la comunicación y en la interacción social en diversos contextos, no atribuibles a un retraso general del desarrollo, manifestando los siguientes en el momento presente o durante la historia evolutiva (los ejemplos son ilustrativos, no exhaustivos, ver el texto):

1. Déficits en la reciprocidad social y emocional; que pueden abarcar desde un acercamiento social anormal y una incapacidad para mantener la alternancia en una conversación, pasando por la reducción de intereses, emociones y afectos compartidos, hasta la ausencia total de iniciativa en la interacción social.

2. Déficits en las conductas de comunicación no verbal que se usan en la comunicación social; que pueden abarcar desde una comunicación poco integrada, tanto verbal como no verbal, pasando por anormalidades en el contacto visual y en el lenguaje corporal, o déficits en la comprensión y uso de la comunicación no verbal, hasta la falta total de expresiones o gestos faciales.

3. Déficits en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones humanas; que pueden abarcar, por ejemplo, desde dificultades para mantener un comportamiento apropiado a los diferentes contextos sociales, pasando por las dificultades para compartir juegos imaginativos o hacer nuevos amigos, hasta la ausencia de interés por las otras personas.

Niveles de severidad para el Trastorno del Espectro Autista

El grado de severidad está basado en la deficiencia de la comunicación social y los patrones de comportamiento restringidos y repetitivos. (Ver Anexo 2)

B. Patrones de comportamiento, intereses o actividades restringidas y repetitivas que se manifiestan al menos en dos de los siguientes puntos, en el momento presente o durante la historia evolutiva (los ejemplos son ilustrativos, no exhaustivos, ver el texto):

1. Habla, movimientos o manipulación de objetos estereotipada o repetitiva (por ejemplo, estereotipias motoras simples, ecolalia, alineación de juguetes, manipulación repetitiva de objetos o frases idiosincráticas).

2. Insistencia en la monotonía, inflexible fijación con las rutinas, los patrones ritualizados de conducta verbal y no verbal (por ejemplo, angustia extrema ante los pequeños cambios, dificultados con las transiciones, patrones de pensamiento rígidos, rituales de saludo, necesidad de seguir la misma ruta o tomar la misma comida todos los días)

3. Intereses altamente restrictivos y fijos de intensidad desmesurada (como una fuerte vinculación o preocupación por objetos inusuales y por intereses excesivamente circunscritos y perseverantes).

4. Hiper o hipo reactividad a los estímulos sensoriales o inusual interés en aspectos sensoriales del entorno (por ejemplo, aparente indiferencia al dolor/temperatura, respuesta adversa a sonidos o texturas específicas, tocar y oler excesivamente los objetos, fascinación por la observación de luces o movimiento).

Niveles de severidad para el Trastorno del Espectro Autista

El grado de severidad está basado en la deficiencia de la comunicación social y los patrones de comportamiento restringidos y repetitivos. (Ver Anexo 2)

C. Los síntomas deben estar presentes en el periodo de desarrollo temprano (pero pueden no llegar a manifestarse plenamente hasta que las demandas sociales exceden las limitadas capacidades, o pueden ser camuflados con estrategias aprendidas durante la vida).

D. Los síntomas causan trastornos significativos en lo social, ocupacional, u otras áreas importantes del funcionamiento corriente.

E. Estas alteraciones no están justificadas por la discapacidad intelectual (trastorno en el desarrollo intelectual) o por un retraso en el desarrollo global. La discapacidad intelectual y el trastorno del espectro autista muchas veces suceden a la vez, para realizar diagnósticos del trastorno del espectro autista y de la discapacidad intelectual, la comunicación social ha de ser de menor que la esperada para un nivel madurativo general.

ANEXO 2: Niveles de severidad para el Trastorno del Espectro Autista según DSM-5 (APA, 2013, p.52). Traducción propia

	Comunicación social	Intereses restringidos y conductas repetitivas
Nivel 3: “requiere soporte muy sustancial”	Severos déficits en habilidades de comunicación social verbal y no verbal causan severas discapacidades de funcionamiento; muy limitada iniciación de interacciones sociales y mínima respuesta a las aproximaciones sociales de otros.	Inflexibilidad del comportamiento, extrema dificultad de adaptarse al cambio y otros comportamientos restrictivos y repetitivos que interfieren en el funcionamiento de todas las áreas. Resulta muy difícil apartarlo de un foco de atención fijo o una acción.
Nivel 2: “requiere soporte sustancial”	Marcados déficits en habilidades de comunicación social verbal y no verbal; aparentes discapacidades sociales incluso recibiendo apoyo en el momento; limitada iniciación de interacciones sociales y reducida o anormal respuesta a las aproximaciones sociales de otros.	Inflexibilidad del comportamiento, extrema dificultad de adaptarse al cambio y otros comportamientos restrictivos y repetitivos que aparecen con frecuencia suficiente como para resultar obvios ante los observadores eventuales, e interfieren en el funcionamiento en varios contextos. Dificultad para cambiar el foco de atención o acción.
Nivel 1: “requiere soporte”	Sin recibir apoyo en el momento, déficits en la comunicación social causan discapacidades observables. Dificultad al iniciar interacciones sociales y demuestra claros ejemplos de	Inflexibilidad en el comportamiento causa interferencias significativas con el funcionamiento en uno o más contextos. Dificultad para cambiar de actividad y problemas de organización y planificación

	respuestas atípicas o no exitosas a las aproximaciones sociales de otros. Puede aparentar una disminución en el interés a interaccionar socialmente.	que dificultan la independencia.
--	--	----------------------------------

ANEXO 3: Criterios diagnósticos para el TDAH obtenido de DSM-IV-TR (APA, 2002)

A-1) Presenta seis o más de los siguientes síntomas de falta de atención durante al menos 6 meses con una intensidad superior a la que normalmente manifiestan las personas de su misma edad:

- Desatención
- No suele prestar atención a los detalles. Comete errores frecuentemente en el colegio, el trabajo u otras actividades.
- Le cuesta mantener la atención en tareas o actividades de tipo lúdico.
- Parece que no escucha cuando se le habla.
- No suele finalizar las tareas o encargos que empieza y no suele seguir las instrucciones que se le mandan, sin ser por un comportamiento negativista o por una incapacidad para comprender las instrucciones.
- Le resulta complicado organizar tareas y actividades.
- Intenta evitar realizar tareas que le suponen un esfuerzo mental sostenido (actividades escolares o tareas domésticas).
- Pierde objetos frecuentemente (ejercicios, lápices, libros, juguetes...)
- Se distrae con cualquier estímulo irrelevante.
- Es descuidado en las actividades de la vida diaria.

A-2) Presenta seis o más de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad durante un período mínimo de 6 meses con una intensidad superior a la que normalmente manifiestan las personas de esa edad:

- Hiperactividad
- Suele mover en exceso las manos y los pies o no se está quieto en el asiento.
- No suele permanecer sentado en las situaciones en las que se espera que lo esté.

- Suele correr o saltar en exceso en situaciones en las que no es apropiado hacerlo.
- Tiene dificultades para realizar actividades o juegos tranquilos.
- Suele estar en movimiento y actuar como si tuviese un motor en marcha continuamente.
- Suele hablar en exceso.
- Impulsividad
- Suele dar respuestas precipitadas antes de que se hayan terminado de formular las preguntas.
- Le cuesta esperar su turno y respetar las colas.
- Suele correr o saltar en exceso en situaciones en las que no es apropiado hacerlo.
- Suele interrumpir a los demás y entrometerse en las actividades de otros.

B) Algunos de estos síntomas que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años.

C) Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (escuela, casa, trabajo,...)

D) Deben existir pruebas de que hay un problema clínicamente significativo del funcionamiento social y académico o laboral.

E) Los síntomas no están presentes exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia o cualquier otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por otro trastorno.

ANEXO 4: Puntos Fuertes y Débiles en una persona con Trastorno de Asperger en diferentes ámbitos (De la Iglesia y Olivar, 2007)

Relaciones sociales	
PUNTOS FUERTES	PUNTOS DÉBILES
<ul style="list-style-type: none"> ○ Ingenuidad. Honestidad. Nobleza. Carencia de maldad, intereses ocultos o dobles sentidos. ○ Lealtad y fidelidad incondicional. ○ Importante memoria facial y de los nombres de las personas que conocen, incluso aunque haga mucho tiempo que no se reúnen. ○ Seriedad. Sentido del humor sencillo. ○ Sinceridad. Por ejemplo, en los juegos ni mienten ni hacen trampas. ○ Objetividad en sus calificaciones e impresiones sobre el resto de personas. ○ Voluntariedad: perseverancia en el punto de vista que consideran correcto. ○ “Economizadores” de tiempo. Puntualidad, no pierden el tiempo en convenciones sociales. ○ . Conversaciones funcionales. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Tienen problemas para comprender las reglas complejas de interacción social. ○ Presentan dificultades para compartir emociones. ○ Muestran dificultades para compartir preocupaciones conjuntas con quienes les rodean. ○ Tienen deseo de relacionarse con sus compañeros, pero fracasan en sus intentos por conseguirlo. ○ Son parcialmente conscientes de su “soledad” y de su dificultad de relación.

Comunicación y Lenguaje	
PUNTOS FUERTES	PUNTOS DÉBILES
<ul style="list-style-type: none"> ○ Conversaciones con contenido teórico de alto nivel (especialmente si versan sobre sus áreas de interés) ○ Vocabulario amplio, técnico, especializado y en ocasiones “erudito” o “enciclopédico” sobre algunos temas. ○ Gusto por juegos de palabras ingeniosos. ○ Atención a detalles de la conversación. ○ Puntos de vista originales sobre ciertos temas. ○ Memoria excepcional para los temas de su interés. ○ Coherencia y persistencia en su línea de pensamiento, independientemente de modas. ○ En muchas ocasiones podrán tener un historial de hiperlexia (lectura mecánica precoz carente de comprensión) o ser considerados hiperverbales, puesto que cuantitativamente su producción lingüística puede ser muy abundante 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Tienen conversaciones, pero tienden a ser lacónicas, breves, literales. ○ Son conscientes de la dificultad para encontrar temas de conversación. ○ Tienen dificultades para iniciar las conversaciones, para introducir un tema nuevo, para diferenciar la información “nueva” de la “ya dada”. ○ Presentan dificultades en los cambios de roles conversacionales. ○ Se adaptan con dificultad a las necesidades comunicativas de sus interlocutores. ○ Lenguaje “pedante”. Lenguaje muy superior, gramaticalmente, al de sus iguales. ○ Tienen dificultades en la comprensión y uso del lenguaje figurativo (metáforas, ironías, chistes). ○ Muestran dificultades en comunicación referencial.

Ficción e Imaginación	
PUNTOS FUERTES	PUNTOS DÉBILES
<ul style="list-style-type: none"> ○ Intereses muy centrados en algunas áreas (por ejemplo, las locomotoras), en las que suelen convertirse en expertos. ○ Recopilación constante de información tanto material como verbal acerca de sus áreas de interés. ○ Fuente de satisfacción y relajación cuando los temas de conversación o interacciones versan sobre sus intereses. ○ Fidelidad a la temática de interés a lo largo del tiempo. ○ Importante punto de partida de cara a la orientación vocacional. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Los contenidos de su pensamiento suelen ser obsesivos y limitados, con preocupaciones “raras”. ○ Presentan intereses poco funcionales y no relacionados con el mundo social. ○ Hacen preguntas repetitivas sobre sus propios intereses. ○ Se muestran muy perfeccionistas (rígidos) en la realización de las tareas. ○ .Tienen dificultades para integrar información procedente de varias modalidades sensoriales (por ejemplo, visual y auditiva). ○ Tienen problemas en la planificación y control cognitivo de la conducta (funciones ejecutivas).

ANEXO 5: El Payaso Piticlín. Primera sesión, Autor: J.

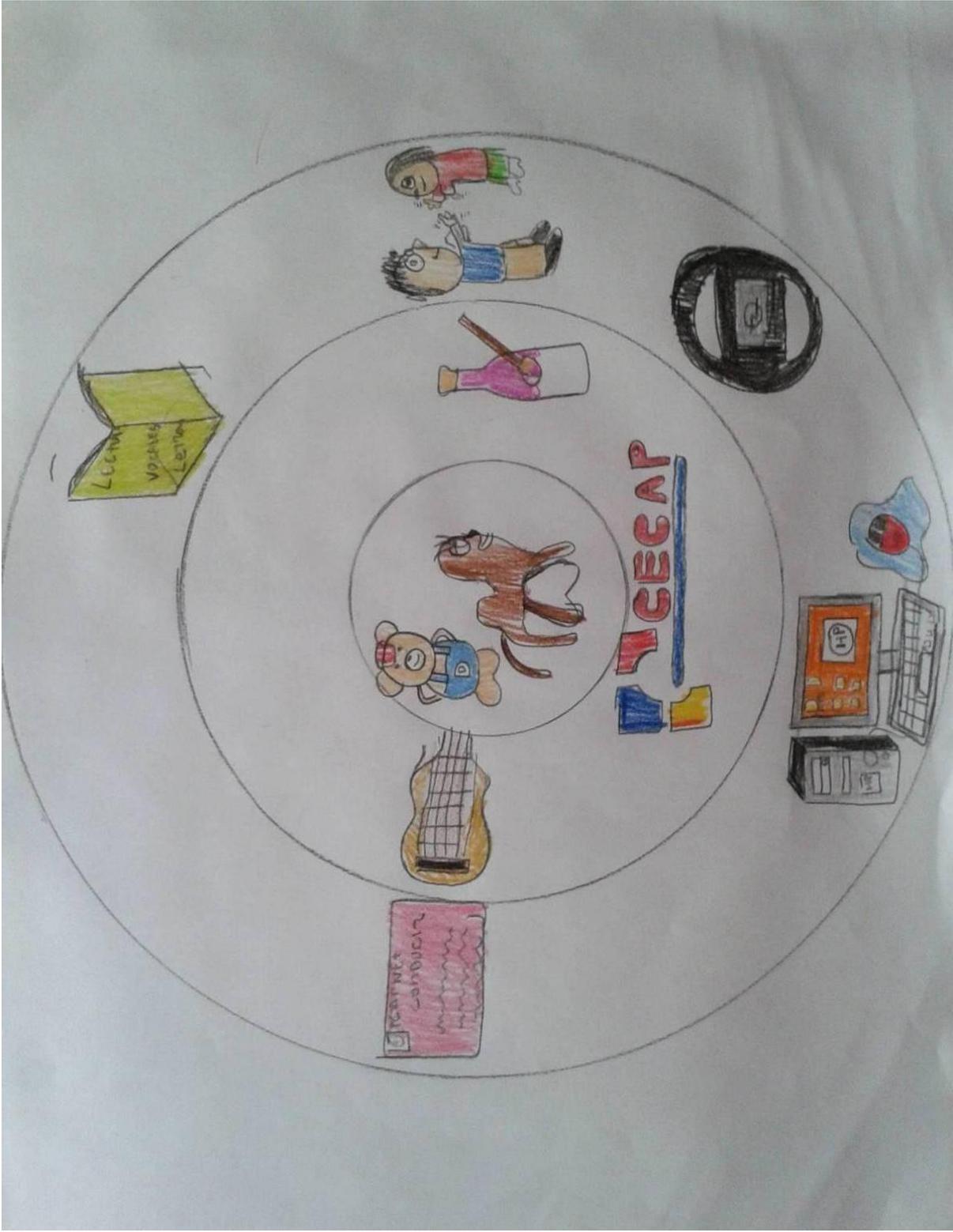


ANEXO 6: La habitación del Payaso Piticlín. Segunda sesión. Autor: I





ANEXO 8: Esquema del pasado, presente y futuro de I. Cuarta sesión. Autor: I





10. Documentación complementaria

- CECAP en Tele Toledo <http://vimeo.com/57736995#>
- Artículo en el tercer número del Boletín Informativo de CECAP (octubre 2012)

http://issuu.com/comunicacioncecap/docs/el_boletin_n_3

El taller "ArteTerapia" inicia su andadura en CECAP Servicio de Capacitación, a cargo de Sara Jiménez Lozano, de la UVa



El Taller de Arteterapia de CECAP Servicio de Capacitación ha comenzado su actividad. Desde el 28 de septiembre hasta el 21 de diciembre la alumna de la Universidad de Valladolid Sara Jiménez Lozano desarrollará su trabajo con once usuarios con especificidad que van a encontrar en las distintas expresiones plásticas una forma de inclusión.

Sara es alumna de la Universidad de Valladolid, donde cursa durante dos años (900 horas) el Master Interuniversitario de "Arteterapia y Educación Artística para la inclusión social", que imparten conjuntamente, además de la Universidad de Valladolid, la Universidad Autónoma y la Complutense de Madrid.

Las 260 horas de práctica de este master consistirán en el diseño, planificación y puesta en marcha del Taller de ArteTerapia de CECAP Servicio de Capacitación, para lo que la entidad ha suscrito un convenio con la universidad vallisoletana.

En este momento son once los usuarios con especificidad que se han inscrito en el taller, que tiene un horario de 10.00 a 14.00h. de martes a viernes y por la tarde, de 16.30h. a 20.00h. los martes y miércoles.



FOLLOW info Share Add Like