



Universidad de Valladolid

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL

TRABAJO FIN DE GRADO

TRASTORNO DE CONDUCTA EN ALUMNOS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL MODERADA EN UN CENTRO DE EDUCACIÓN ESPECIAL: PROPUESTA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA BASADA EN LA ARTETERAPIA

4º Grado en Educación Primaria

Mención en Educación Especial

Curso académico 2023/2024

Autora: Ana Martínez Iglesias

Tutor académico: Prof. Dr. Juan Antonio Valdivieso Burón

(Departamento de Psicología)

RESUMEN

El presente Trabajo Fin de Grado sistematiza una propuesta de intervención basado en arteterapia dirigido a alumnado con discapacidad intelectual moderada matriculados en un centro de educación especial que presente un cuadro clínico asociado a los trastornos de conducta. Se ha demostrado la relevancia de la arteterapia en contextos clínicos y pedagógicos actuales que logran una mejora del autoconcepto, la autoestima y la regulación comportamental y emocional, además de generar espacios interactivos y seguros donde poder realizar esta intervención. El programa diseñado consta de 8 sesiones para ser llevadas a cabo de manera individual, pero con la realización con el resto de los compañeros, destacándose el uso del collage, la arcilla, así como las creaciones propias del alumno. A pesar de que no se ha podido demostrar empíricamente con un muestra de alumnos la satisfacción con el programa diseñado es alto, sin embargo, debe ser evaluado con exhaustividad con una mayor población muestral. Se destaca el rastreo bibliográfico llevado a cabo a pesar de no contar con muchas investigaciones en este campo tanto en el plano nacional como internacional.

PALABRAS CLAVE: Trastorno de Conducta; Discapacidad Intelectual Moderada; Arteterapia; Educación Especial; Educación Primaria; Centro de Educacion Especial.

ABSTRACT

The following Final Degree Project systematizes an educational intervention based on the use of art therapy and addressed to students with moderate intellectual disabilities enrolled in an special education centre and presenting a clinical profile related to a behavioral

disorder. Art therapy has been proven to be relevant in clinical and pedagogical contexts by achieving an improvement of self-concept, self-esteem and emotional and behavioral regulation, as well as generating safe and interactive spaces where the intervention can be carried out. The designed project consists of 8 lessons that will be carried out individually but in a group setting, relying on the rest of the classmates and with activities such as collages, the use of clay, and the students' own creations. Although it has not been

empirically tested with a selection of students, the satisfaction obtained by the program is high, but it still needs to be exhaustively studied with a larger population sample. Although investigations in relation to this topic are not common both in national or international contexts, the extensive bibliographic research carried out is remarkable.

KEY WORDS: Conduct Disorder; Moderate Intellectual Disability; Art Therapy; Special Education; Primary Education; Special Education Center.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	7
2. JUSTIFICACIÓN	9
3. OBJETIVOS Y SU RELACIÓN CON LAS COMPETENCIAS DEL TÍTULO	11
4. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA	16
4.1 DISCAPACIDAD INTELECTUAL	16
4.1.2 Concepto y características	16
4.1.3 Evolución del concepto	17
4.1.4 Tipología y manifestaciones.....	19
4.1.5 Etiología.....	20
4.1.6 Diagnóstico.....	21
4.1.7 Prevalencia	22
4.1.8 Sintomatología:.....	22
4.1.9 Comorbilidades	23
4.1.10 Prevención y tratamiento	24
4.2 TRASTORNO DE CONDUCTA	25
4.2.1 Definición y concepto.....	25
4.2.2 Características y diagnóstico	28
4.2.3 Etiología.....	30
4.2.5 Prevalencia y epidemiología.....	32
4.2.6 Comorbilidades	33
4.3 ARTETERAPIA	35
4.3.1 Definiciones.....	35
4.3.2 Historia arteterapia.....	37
4.3.3 Arteterapia en España	38
4.3.4 Características.....	39
4.3.5 Diferencia de otras terapias	40
4.3.6 Elementos de la arteterapia	41
4.3.7 Enfoques de la arteterapia	42
4.3.8 Arteterapeutas y sesiones.....	43
4.3.9 Beneficios de la arteterapia	44
4.3.10 Principales ámbitos de aplicación.....	44
4.3.11 Relaciones	47

5 PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	50
5.1 METODOLOGÍA PARA EL DISEÑO	50
5.2 DESTINATARIOS	51
5.3 ORIENTACIONES DIDÁCTICAS	52
5.4 ACTIVIDADES.....	53
5.4.1 Actividad 1	55
5.4.2 Actividad 2	57
5.4.3 Actividad 3	60
5.4.4 Actividad 4	62
5.4.5 Actividad 5	64
5.4.6 Actividad 6	66
5.4.7 Actividad 7	68
5.4.8 Actividad 8	71
5.5 RÚBRICA DE EVALUACIÓN.....	73
6. CONCLUSIÓN	75
7. ANEXO	79
8. REFERENCIAS	81

1. INTRODUCCIÓN

Siendo el último curso del grado de Educación Primaria mención- Educación Especial y con el objetivo de diseñar el Trabajo de Fin de Grado (en adelante TFG), ha habido una temática de especial incidencia que ha derivado en el interés como profesional y en la motivación a nivel personal, que es los trastornos de conducta circunscrito en el alumnado con discapacidad intelectual de tipología moderada y, por lo tanto, matriculados en un centro de educación especial. Además, ahondando en esta temática cobra especial interés el uso de una metodología centrada en la aplicación de técnicas y procedimientos basados en el arte, denominada arteterapia (Bazargan y Pakdaman, 2016; Harpazi et al., 2023; Kim y Chung, 2023; Lavric y Soponaru, 2023).

Resulta evidente que la aplicación de técnicas de arteterapia en los trastornos del comportamiento genera mejoras significativas en la regulación emocional, así como en la comprensión y entendimiento de dichas emociones además de mejorar la autoestima. (Cheng et al., 2023; Nan et al., 2023).

En el sistema educativo español, además, es preceptivo la atención educativa lo más temprana posible del alumnado con discapacidad intelectual, siendo los problemas de conducta unos de los ejes prioritarios de actuación, tal y como se contempla en el artículo 73 de la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación, modificada por la Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre (LOE-LOMLOE) (España, 2006, art. 73)

Para la confección del contenido del presente TFG se ha tenido igualmente en cuenta el II Plan de Atención a la Diversidad de Castilla y León, en el cual se menciona la necesidad de implementar un programa de atención educativa diferente a la ordinaria si se presentan, por ejemplo, trastornos graves de conducta (Junta de Castilla y León, 2017)

Los apartados que vamos a tratar van a ser los siguientes:

En primer lugar, se va a efectuar una justificación centrada en analizar el estado de la cuestión de la investigación en los trastornos de conducta del alumnado con discapacidad intelectual de tipología moderada, vinculándolo al ámbito terapéutico de la arteterapia. Los datos bibliográficos encontrados fundamentan la relevancia de esta temática, así como la vigencia de esta en el campo de la educación especial.

En segundo lugar, se plantean de forma operativa los objetivos de este trabajo, relacionándolos con las competencias generales y específicas del título de grado en educación primaria.

Como tercer apartado se encuentra la fundamentación teórica que versa sobre los aspectos conceptuales de base subyacentes a los trastornos de conducta en la discapacidad intelectual y el uso de la arteterapia.

En cuarto lugar, está la construcción práctica de una propuesta de intervención empleando procedimientos que tienen el arte como elementos prioritarios.

En quinto lugar, se describen unas conclusiones resaltando los aspectos positivos y otros a mejorar del presente trabajo, siempre desde la perspectiva de la intervención como maestra de pedagogía terapéutica.

En último lugar se muestran diferentes anexos que ayudan a entender mejor este trabajo.

2. JUSTIFICACIÓN

Resulta relevante abordar los trastornos de conducta en la discapacidad intelectual moderada ya que, las alteraciones de la conducta son una problemática externalizante que incluye un desajuste en la manera de comportarse y en el contenido de las interacciones que impiden la adaptación del alumnado en los diversos contextos sociales, llegando incluso a una exteriorización de la agresión, descarga impulsiva, agitación psicomotora y comportamiento antisocial. (Fuentes et al, 2023; Ibáñez et al, 2009). Comunidades educativas manifiestan una creciente preocupación por las conductas disruptivas y la manifestación de nuevas conductas mediatizadas por la agresividad y por la hiperactividad. La consecución de unos niveles conductuales más ajustados a patrones interactivo y relacionales ordinarios posibilitarían una mayor optimización de los recursos intelectuales propios y del resto de compañeros, así como una eficacia en la gestión del material a aprender por parte del profesorado (Silva y Elías, 2024).

En los últimos años esta temática aborda un enfoque multidisciplinar estando presente en los contextos educativos a través de diferentes programas de intervención, destacando todos aquellos que presentan como núcleo de acción el entrenamiento conductual de habilidades sociales y otros que tienen como eje principal la optimización de los recursos personales de carácter emocional, primando así la inteligencia emocional (Cabrera y Polania, 2023; Lucas-Molina et al., 2021). Asimismo se ha de poner en evidencia el sentido y la naturaleza de las técnicas y de los procedimientos que en su mayoría se aplican con este colectivo de alumnos, siendo en muchos casos se basan en ejercicios de modelado determinados por el docente adoleciendo de escasa motivación y atractivo para el alumno y desarrollados de manera individualizada, resultando con ello innovador la propuesta de integración de recursos y técnicas basadas en el arte, sobre todo para la gestión emocional y conductual por parte del alumnado (Habib y Ali, 2015; Harpazi et al., 2023; Kim y Chung, 2023; Lorenzon et al., 2023)

En el ámbito del sistema educativo se ha incrementado el número de protocolos y planes específicos que tienen que ver con la prevención de conductas violentas y la mejora del comportamiento del alumnado, en el que está también incluido el alumnado con discapacidad intelectual, debiéndose adaptar lo máximo posible a las necesidades y peculiaridades de este tipo de alumnado, así como a los centros educativos de educación

especial en los que están escolarizados. Citamos con carácter prioritario el II Plan de Atención a la Diversidad, igualmente se destaca la publicación técnica de la Consejería de Educación de la Junta de Castilla y León elaborada en 2022 denominada: “Guía-protocolo para la intervención con alumnado que presenta problemas graves de conducta en centros educativos”. En última instancia se ha de nombrar la Orden EYH/1546/2021, de 15 de diciembre por la que se regulan medidas dirigidas al alumnado escolarizado en centros educativos no universitarios de la comunidad de Castilla y León que presentan necesidades sanitarias o sociosanitarias (Junta de Castilla y León, 2021)

La arteterapia ha incrementado su prevalencia e implicación. Su validación y reconocimiento proporciona una herramienta útil, estableciendo bajo un enfoque terapéutico destinado para manejar, de manera no verbal, aspectos que incluyen el trato emocional, la resolución de conflictos y habilidades sociales, aspecto altamente beneficioso para los individuos con dificultades en dicha área. La arteterapia sirve de alternativa para los sujetos con dificultades comunicativas y de regulación emocional. Las terapias convencionales no se implementan de manera correcta; a través de la creatividad estos individuos son capaces de expresarse y explorar emocionalmente. (Malchiodi, 2020). La arteterapia potencia la regulación emocional y las habilidades de socialización que aumenta la cooperación y mejora la comunicación reduciendo los comportamientos conflictivos (Gussak y Rosal, 2015).

La arteterapia actualmente está de moda, siendo un recurso terapéutico con respaldo clínico y académico que aporta, en su aplicación beneficios, permitiendo la comprensión y el control emocional mediante la creación de un espacio seguro en el cual poder explorar e interpretar, mediante la creación artística, las experiencias emocionales y conductuales. (Rubin, 2012).

3. OBJETIVOS Y SU RELACIÓN CON LAS COMPETENCIAS DEL TÍTULO

Como objetivo en este Trabajo de Fin de Grado se presentan dos objetivos que, a su vez, se relacionan con las competencias generales y específicas que aparecen en la guía docente de la asignatura título de Grado en Educación Primaria con la mención de Educación Especial.

En este estudio los objetivos generales son:

1. Diseñar una propuesta de intervención educativa dirigida a mejorar las variables del trastorno de conducta del alumnado con discapacidad intelectual y trastorno de conducta adaptado a un nivel educativo de Educación Básica Obligatoria, más específicamente en el segundo periodo, EBO 2.
2. Estudiar teóricamente la discapacidad intelectual, el trastorno de conducta aislado y asociado a la discapacidad intelectual y la arteterapia como procedimiento de intervención dirigido a alumnado con dichos trastornos.

A continuación, vamos a relacionar los objetivos generales con las competencias ofrecidas en la página web de la Facultad de Educación y Trabajo Social.

El primer objetivo, guarda relación con las competencias generales más concretamente con:

- ◆ G1: “Resolver problemas en entornos nuevos o poco conocidos –de forma autónoma y creativa- y en contextos más amplios o multidisciplinares”.

Dado que, con el diseño de la propuesta de intervención, se pretende implicar en un centro de Educación Especial, buscamos reducir las variables del trastorno de conducta en alumnado con discapacidad intelectual, y teniendo en cuenta que los contextos educativos son variados e impredecibles, debemos intervenir de forma creativa y autónoma, con un enfoque multidisciplinario, los problemas conductuales.

- ◆ G2: “Tomar decisiones a partir del análisis reflexivo de los problemas, aplicando los conocimientos y avances de la psicopedagogía con actitud crítica y hacer frente a la complejidad a partir de una información incompleta”.

Debido a la complejidad de la temática y basándonos en manuales, estudios y artículos desarrollaremos, con ayuda del conocimiento adquirido sobre la discapacidad intelectual y del trastorno de conducta en el periodo educativo de EBO 2, una propuesta de intervención educativa adaptada a las variables que pueden presentar estos alumnos para la mejora de éstas. Aplicaremos los nuevos conocimientos de psicopedagogía.

- ◆ G4: “Tomar conciencia de las creencias y estereotipos sobre la propia cultura y las otras culturas o grupos y de las implicaciones sobre su actuación profesional y potenciar el respeto de las diferencias individuales y sociales”.

Esta propuesta está adaptada a la diversidad tanto social como cultural del alumnado, las características individuales son respetadas consiguiendo formar un lugar inclusivo y considerado.

- ◆ G5: “Responder y actuar de manera adecuada y profesional, teniendo en cuenta el código ético y deontológico de la profesión, en todos y cada uno de los procesos de intervención”.

La intervención está adecuada a los principios éticos y deontológicos, todos los procesos que se van a llevar a cabo son respetuosas, buscan potenciar el bienestar individual y tolerante con el alumnado.

- ◆ G7: “Implicarse en la propia formación permanente, reconocer los aspectos críticos que ha de mejorar en el ejercicio de la profesión, adquiriendo independencia y autonomía como discente y responsabilizándose del desarrollo de sus habilidades para mantener e incrementar la competencia profesional”.

Como profesionales, debemos mantenernos en un desarrollo continuo y ser capaces de identificar los espacios de mejora y familiarizándonos con una mayor formación para poder ejecutar propuestas eficaces y actualizadas al contexto en el que nos encontremos

El primer objetivo se relaciona con las siguientes competencias específicas:

- ◆ E1: “Diagnosticar y evaluar las necesidades socioeducativas de las personas, grupos y organizaciones a partir de diferentes metodologías, instrumentos y técnicas, tomando en consideración las singularidades del contexto”.

Esta intervención parte del diagnóstico preciso sobre las necesidades del trastorno de conducta, nos adaptamos a una metodología y a unas técnicas oportunas para su desarrollo en el contexto de un centro de educación especial en un nivel educativo de EBO 2.

- ◆ E2: “Asesorar y orientar a los profesionales de la educación y agentes socioeducativos en la organización, el diseño e implementación de procesos y experiencias de enseñanza aprendizaje, facilitando la atención a la diversidad y la igualdad de oportunidades”.

La propuesta incluye la orientación y el asesoramiento de la implementación de ésta, así como consejos o recomendaciones para llevarla a cabo, especificando el alumnado, las características del aula y las pautas correspondientes de cada una de las actividades.

- ◆ E3: “Aplicar los principios y fundamentos de la orientación al diseño de actuaciones favorecedoras del desarrollo personal y/o profesional de las personas”.

Esta intervención requiere una aplicación cuidadosa con respecto a los principios de orientación. Su enfoque se centra en el individuo y esto se realiza con una aplicación colaborativa de carácter preventivo que busca potenciar el desarrollo tanto personal como profesional de los alumnos, el bienestar de estos y la mejora en las competencias.

- ◆ E8: “Formular nuevas propuestas de mejora de la intervención psicopedagógica, fundamentadas en los resultados de la investigación psicopedagógica”.

Con el diseño de esta propuesta educativa formulamos herramientas de intervención para mejorar las variables del trastorno de conducta en el alumnado que presenta discapacidad intelectual en el segundo periodo de la Educación Básica Obligatoria basándonos en una intervención psicopedagógica.

El segundo objetivo de este trabajo está relacionado con las siguientes competencias:

- ◆ G2: “Tomar decisiones a partir del análisis reflexivo de los problemas, aplicando los conocimientos y avances de la psicopedagogía con actitud crítica y hacer frente a la complejidad a partir de una información incompleta”.

En este proyecto estudiaremos de manera crítica y reflexiva la discapacidad intelectual y el trastorno de conducta tanto a nivel aislado como asociado, conoceremos los distintos enfoques, debilidades y fortalezas existentes e incorporaremos las últimas investigaciones psicopedagógicas y evidencias más recientes. Por otra parte, estudiaremos cómo la terapia con arte puede ser efectiva en la intervención con alumnos con discapacidad intelectual y comportamientos disruptivos.

- ◆ G4: “Tomar conciencia de las creencias y estereotipos sobre la propia cultura y las otras culturas o grupos y de las implicaciones sobre su actuación profesional y potenciar el respeto de las diferencias individuales y sociales”.

La propuesta nos permite reflexionar sobre distintas culturas, y épocas sobre los estereotipos, la evolución de los conceptos y las creencias relacionados con los individuos con trastorno de conducta y la discapacidad intelectual y cómo éstas influyen en su ejecución profesional. Valoraremos la inclusión y la adaptación cultural utilizando recursos, temas y materiales relevantes en su cultura y respetuosas con las mismas.

- ◆ G7: “Implicarse en la propia formación permanente, reconocer los aspectos críticos que ha de mejorar en el ejercicio de la profesión, adquiriendo independencia y autonomía como discente y responsabilizándose del desarrollo de sus habilidades para mantener e incrementar la competencia profesional”.

Con el estudio teórico de los temas relacionados con la arteterapia, la discapacidad intelectual y el trastorno de conducta nos permite mantenernos actualizados con las últimas novedades e investigaciones, así como los avances que se llevan a cabo. Esto nos permite reflexionar sobre las propias prácticas e identificar las debilidades y las fortalezas. Estudiar y mantenernos informados son un aspecto autónomo y clave para la mejora de la educación y de las intervenciones.

Las competencias específicas con las que guarda relación el segundo objetivo son:

- ◆ E1: “Diagnosticar y evaluar las necesidades socioeducativas de las personas, grupos y organizaciones a partir de diferentes metodologías, instrumentos y técnicas, tomando en consideración las singularidades del contexto”.

La implementación de métodos e instrumentos evaluativos que nos permite identificar las distintas necesidades específicas del alumnado con discapacidad intelectual y el trastorno de conducta, para ello es necesario conocer el contexto social y educativo identificando los factores que influyen en la intervención. Realizamos una evaluación integral que recoge las habilidades cognitivas, emocionales, conductuales y sociales de los individuos. La adaptación se adaptará a la cultura, al nivel educativo y al individuo.

- ◆ E8: “Formular nuevas propuestas de mejora de la intervención psicopedagógica, fundamentadas en los resultados de la investigación psicopedagógica”.

Este proyecto nos permite conocer la literatura relacionada con la discapacidad intelectual, los trastornos de conducta y la arteterapia. Conoceremos investigaciones, aplicaciones y propuestas e implementaremos, otras asegurándonos que respondan a las necesidades específicas de cada alumnado.

4. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

4.1 DISCAPACIDAD INTELECTUAL

4.1.2 Concepto y características

El término de Discapacidad Intelectual, más adelante DI, ha evolucionado debido a la influencia social en ámbitos políticos, sanitarios y educativos al igual que su tratamiento. Cada uno de los conceptos representan el pensamiento que la sociedad tenía en ese momento como veremos en el siguiente apartado “evolución del concepto”.

La AAIDD (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, según las siglas en inglés), define la discapacidad intelectual, anteriormente bajo el término de retraso mental. La definición de discapacidad intelectual, según esta asociación tiene significativas limitaciones en el funcionamiento adaptativo, intelectual y afecta a la habilidad social, práctica y a diferentes conceptos. Su manifestación aparece antes de los 18 años (Schalock et al., 2010).

Por otra parte, en el último manual DSM-5 encontramos la discapacidad intelectual, también conocido como trastorno de la discapacidad intelectual, dentro de los trastornos del desarrollo neurológico. Encontramos otra definición para este concepto caracterizado por el inicio de su manifestación, que es en la etapa de desarrollo, e impide el funcionamiento pleno de la capacidad intelectual al igual que limitaciones en la adaptación de los comportamientos en ámbitos sociales, conceptuales y prácticos. Para su diagnóstico se deben presentar tres características que son: deficiencia intelectual, deficiencias comportamentales a nivel adaptativos que impiden llegar a los bases del desarrollo individual y sociocultural limitando la autonomía y la responsabilidad en el ámbito social y, por último, que estas dos características anteriores se hayan iniciado en la etapa de desarrollo (American Psychiatric Association, 2013).

El Public Law 111-256, Rosa’s Law, cambia el concepto de retraso mental por discapacidad intelectual. Actualmente este último término es del cual se hace uso en los diferentes ámbitos sociales, médicos, educativos y legislativos entre otros. Éste supuso un cambio significativo en las leyes de Estados Unidos (U.S. Congress, 2010).

Debemos mencionar que el CIE-11 con la intervención de la OMS, Organización Mundial de la Salud, muestra la equivalencia terminológica de discapacidad intelectual y de trastorno del desarrollo intelectual que lo define como una condición que presenta significativas limitaciones intelectuales y adaptativas inferiores al promedio e inicia en la fase de desarrollo (World Health Organization, 2019).

4.1.3 Evolución del concepto

La discapacidad intelectual no ha sido siempre como la conocemos, ha ido evolucionando a lo largo de la historia.

En la Época Clásica aquellos que tenían, lo que hoy llamamos, discapacidad intelectual eran marginados, no comprendía las causas ni las características relacionadas con este tipo de discapacidad. En esa época los familiares y la sociedad veía a los individuos con discapacidad como una carga que en algunas ocasiones llegaban a cometer el infanticidio.

En la Edad Media, debido a la influencia notable de la iglesia en la interpretación de la discapacidad intelectual, los individuos eran cuidadas en monasterios o en conventos y que, según la religión, habían sido tocados por Dios y eran individuos inocentes a los que debían dar caridad y protección. Sin embargo, existen prácticas de aislamiento y de exclusión hacia ellos (Baker, 2002; Metzler, 2011).

Durante el Renacimiento y el siglo XVII aparecieron los primeros intentos de educación y de sacar el potencial humano de cada individuo, aunque todavía no existía el término discapacidad intelectual autores como Juan Luis Vives comenzaron a educar a todos los alumnos incluyendo a las personas que sufren esta discapacidad (Cura, 2011; Winzer, 1993).

Siguiendo con esta iniciativa, otros autores como, por ejemplo, John Locke apostaban por la educación de los individuos con discapacidad intelectual pero aún no existían metodologías adaptadas específicas ni sistematizadas para llevar a cabo esta propuesta (Locke, 1970).

El siglo siguiente, XVIII se inició el desarrollo de una terminología de carácter médico que servía para describir a la discapacidad intelectual, pioneros en la clasificación de los grados basados en la observación clínica, de lo que en aquel entonces era denominado “idiotismo”, fueron Philippe Pinel y Jean-Étienne Dominique Esquirol (Esquirol, 1838; Pinel, 1809; Trent, 1994).

El siglo XIX, llega de la mano de las instituciones dedicadas a personas con discapacidad intelectual, las cuales brindaban educación y cuidado. Se comenzaron a desarrollar métodos específicos de carácter educativos basados en una educación individualizada, este método fue desarrollado por Eddouard Séguin (Seguin, 1866). Seguían refiriéndose a ellos como idiotas, imbéciles o como personas débiles mentalmente (Goddard, 1912).

Llegando al siglo pasado, XX, los términos para referirse a la discapacidad intelectual evolucionaron de idiotismo o imbecilidad a retardo mental, que finalmente llegaría gracias a la AAMIR a la terminología de discapacidad intelectual. Este cambio se propició debido a un aumento de conocimiento científico y por la lucha de los derechos y de la dignidad de las personas con discapacidad (Heber, 1959; Luckasson et al., 2002; Schalock et al., 2010). Un aspecto que sirvió en la lucha de la equidad de oportunidades y la integración a nivel público y político fueron los movimientos por los derechos humanos que surgieron a partir de la segunda mitad del siglo XX (Wolfensberger, 1972). La educación especial es una herramienta que busca regular y controlar al alumnado con discapacidades que permite la normalización y la regulación de estos (Manosalva y Berrios, 2014).

Actualmente, la definición moderna lo define como una condición con limitaciones intelectuales y adaptativas significativas que afecta a la práctica social y cotidiana. Subraya la importancia de la inclusión, la implementación de una comprensión dinámica y de los apoyos personalizados, tiene un enfoque respetuoso y adecuado a los derechos y las condiciones óptimas de cada individuo (Luckasson et al., 2002; Schalock et al., 2010; Switzky y Greenspan, 2006).

4.1.4 Tipología y manifestaciones

Existen diferentes niveles de gravedad según sea su nivel de afección. Según el dominio pueden ser conceptuales, sociales o prácticos (American Psychiatric Association, 2013).

LEVE

- Dominio Conceptual: dificultades en habilidades académicas tanto en niños como en adultos y en los conceptos abstractos. Requieren de apoyos para la toma de decisiones. Las habilidades conceptuales no muestran diferenciación en preescolar.
- Dominio Social: Diferencias de comprensión de las normas y la regulación emocional, lenguaje poco concreto y rústico. Presentan problemas para crear relaciones adecuadas y entender los peligros y son muy manipulables.
- Dominio Práctico: son independientes en el cuidado básico, pero requieren de apoyos (asistencia financiera, la crianza de una familia o en toma de decisiones acerca de la salud y legales), son capaces de ejecutar trabajos no especializados con apoyo.

MODERADO

- Dominio Conceptual: habilidades conceptuales retrasadas en comparación con sus iguales. Tienen complicaciones notables en la lectoescritura, las matemáticas, el entendimiento del tiempo y del dinero. Requieren de apoyos constantes
- Dominio Social: dificultades en la comunicación y en las habilidades sociales. Lenguaje pobre y poco elaborado. Requieren de ayuda en la mayor parte de las interacciones y son muy manipulables
- Dominio Práctico: Pueden realizar las tareas básicas, pero precisan vigilancia para las mismas y asistencia en los aspectos más complejos. Necesitan apoyo, en la adultez en el ámbito familiar y laboral. La supervisión es constante en las actividades diarias, la movilidad y en el transporte.

GRAVE

- **Dominio Conceptual:** habilidades conceptuales consideradamente limitadas al igual que su comprensión del lenguaje escrito y conceptos tales como los números, el tiempo o el dinero. Requieren de apoyo extenso para los problemas.
- **Dominio Social:** Lenguaje limitado, básico y simple centrado en el momento, aquí y ahora. Hacen uso de frases cortas y de gestos. La respuesta o el entendimiento ante eventos sociales produce desconcierto y complejidad.
- **Dominio Práctico:** necesitan ayuda y supervisión en la totalidad de las actividades diarias. No pueden vivir sin un apoyo constante y pueden, en ocasiones, tener comportamientos desadaptativos.

4.1.5 Etiología

Las causas principales de la manifestación de la discapacidad intelectual se pueden encontrar en trastornos genéticos o cromosómicos, factores biológicos y orgánicos o factores ambientales y la falta de estimulación a nivel física o sensorial.

Factores genéticos, los genes son los encargados de contener la información que va a heredar el individuo y sus características, algunos de ellos pueden ser el síndrome del X frágil, la fenilcetonuria o el síndrome de Lesch-Nyhan (Hagerman y Hagerman, 2002; Orr y Zoghbi, 2007).

Trastornos cromosómicos, que son aquellas partículas comprendidas por los genes, los síndromes que se manifiestan con más frecuencia son; el síndrome de Down, el síndrome de Prader-willi y el síndrome de Angelman (Rondal y Comblain, 2002).

Las causas orgánicas y biológicas pueden aparecer en el individuo en un espacio temporal prenatal (la madre contraiga enfermedades como la rubeola o el sarampión o ingiera toxinas o medicamentos no recetados que afecten al desarrollo “normal” del embarazo), perinatal (puede darse cuando él bebe ingiera toxinas, sufra presión en la cabeza o asfixia o contraiga una infección) o postnatal (se da cuando él bebe sufre la enfermedad de meningitis o se golpee la cabeza) (Hanson y Gluckman, 2006; Rutter et al., 2011).

Los factores ambientales que pueden potenciar el desarrollo de la discapacidad intelectual pueden ser una alimentación inadecuada de la madre durante el periodo de gestación o la ingesta, durante el mismo, de drogas o alcohol.

La falta de una correcta estimulación sensorio motriz también es una de las causas de la aparición de este trastorno (Walker et al., 2011).

4.1.6 Diagnóstico

El diagnóstico según el DSM-5 y el CIE-11 incluyen las limitaciones significativas a nivel intelectual, las limitaciones en el comportamiento adaptativo y el periodo de inicio, que debe ser antes de los 18 años.

Este trastorno se diagnostica mediante una evaluación del CI, conocido como coeficiente intelectual, un diagnóstico de las habilidades conductuales y emocionales y la realización de actividades cotidianas de manera adecuada. Las pruebas están estandarizadas, se diagnostica cuando el CI es inferior al 70-75 (American Psychiatric Association, 2013). Los instrumentos de evaluación son pruebas de inteligencia con subpruebas evaluativas de los distintos dominios de carácter cognitivo como Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC) (Wechsler y Kodama, 1949). Otra prueba del CI es la conocida como Stanford-Binet Intelligence Scales que se encarga de medir la inteligencia y las habilidades cognitivas en edades comprendidas de los 2 a los 85 años (Roid y Pomplun, 2012).

Las limitaciones comportamentales adaptativas comprenden dominios conductuales, sociales y prácticas, un ejemplo de los instrumentos que se emplean en esta área son los Vineland Adaptive Behavior Scales (Vineland-3), que se trata de una serie de entrevistas o cuestionarios con el entorno como familiares o profesores para evaluar su capacidad adaptativa en los cuatro dominios principales (Sparrow et al., 2016). Existe a su vez otra prueba, llamada Adaptive Behavior Assessment System (ABAS) que se implementa mediante cuestionarios al individuo y a su entorno para la evaluación de diez áreas relacionadas con las habilidades adaptativas, éstas a su vez se dividen en conceptuales, prácticas y sociales (Harrison y Oakland, 2015).

No debemos olvidarnos de la evaluación médica, llevadas a cabo por especialistas, que mediante pruebas genéticas permiten conocer, detectar o identificar causas, trastornos o posibles anomalías relacionadas con la discapacidad intelectual (Hagerman y Hagerman, 2002; Marston et al., 1997).

4.1.7 Prevalencia

La prevalencia de este trastorno varía aproximadamente del 1 al 3%. Están relacionados con síndromes neurogenéticos y causados por los factores mencionados con anterioridad, aunque, los tres aspectos que se dan en un 25% de los casos de discapacidad intelectual son el síndrome de Down, el cromosoma X frágil y la ingesta de alcohol por parte de la madre durante el embarazo (Schalock et al., 2010).

Esta variación se da debido a los criterios diagnósticos, los métodos con los que se lleva a cabo la evaluación y el grupo de población estudiada. Esta prevalencia varía según sea su localización geográfica, el nivel socioeconómico de los individuos y los apoyos y el diagnóstico ofrecido (Deb et al., 2001; Einfeld et al., 2006).

No debemos olvidarnos de los trastornos conductuales y las manifestaciones a nivel psicopatológicos que cuadruplica el porcentaje de la media de la población (Maulik et al., 2011).

4.1.8 Sintomatología:

La sintomatología del trastorno de la discapacidad intelectual es variada. Entre estos síntomas destacan: el retraso o la falta de un correcto desarrollo de las habilidades motoras. Estas habilidades están por debajo de sus iguales, se puede observar claramente a nivel lingüístico. Otras sintomatologías son la lentitud en las actividades autónomas, una ausencia de curiosidad y adversidades en la resolución de problemas y problemas comportamentales que pueden variar su gravedad según sean su nivel de prevalencia y el momento y la duración del problema del comportamiento, pudiendo desarrollarse un trastorno de conducta (American Psychiatric Association, 2013).

4.1.9 Comorbilidades

Las comorbilidades de este trastorno afectan negativamente la autonomía y las habilidades interpersonales afectando directamente al bienestar. La prevalencia de dicha comorbilidad se encuentra entre un 14,4% a un 44%, siendo más común en la discapacidad intelectual leve a moderada. Existe relación entre la discapacidad y la dificultad de la identificación de los síntomas ya que estos pueden ser opacados por la propia discapacidad.

La discapacidad intelectual tiene comorbilidades, principalmente trastornos de carácter psiquiátrico, de carácter médico (epilepsia y problemas de salud) (Leonard et al., 2003), trastornos del sueño (afectando casi a la mitad de los individuos) y problemas metabólicos que ocasionan obesidad o una mala nutrición (Deb et al., 2001).

Los trastornos psíquicos con los que guarda relación son:

- Depresión y Ansiedad: prevalencia de hasta 6% en la depresión y de hasta 9%. Aquellas personas con discapacidad intelectual tienen más posibilidades de desarrollar estos trastornos (Emerson y Hatton, 2007).
- Trastorno del Espectro Autista (TEA): la prevalencia oscila de un 10 a un 40 % en personas con discapacidad intelectual (Matson y Shoemaker, 2009).
- Trastorno de Conducta: 60 % de prevalencia, más de la mitad de los individuos con discapacidad intelectual tienen trastornos de conducta (Tsiouris, 2001).

Otros aspectos prevalentes son una conducta sexual inapropiada y trastornos de sueño. La mayor comorbilidad, como hemos mencionado antes, se encuentra en el trastorno del espectro autista y en los trastornos de conducta. Esta última puede presentarse, entre otros aspectos, con otro trastorno a nivel psiquiátrico como por ejemplo autismo, demencia, cuadros ansiosos psicóticos o afectivos, siendo más común en los casos de un comportamiento desafiante con un cuadro de discapacidad intelectual moderada. Por otra parte, los trastornos de carácter psicóticos están más relacionados con un nivel leve de discapacidad intelectual (Axmon et al., 2018; Bryson et al., 2008; Lundqvist, 2013; Morgan et al., 2008; Nettelbladt et al., 2009).

4.1.10 Prevención y tratamiento

La prevención temprana ante la comorbilidad de la discapacidad intelectual y los trastornos conductuales suele realizarse mediante un tratamiento residencial temprano. Para que el tratamiento funcione adecuadamente es necesario tener en cuenta los factores neuronales, biológicos, psíquicos y sociales del individuo. Los sujetos con DI tienden a sufrir una mayor cantidad de efectos secundarios con la medicación y una eficacia del tratamiento menor debido al funcionamiento de su sistema nervioso central. (O'Dwyer et al., 2015).

Por otra parte, los problemas comunicativos y la problemática ante la identificación de los problemas mentales complican la verificación de la eficacia de los tratamientos farmacológicos. En los casos de trastorno de comportamiento se implementan técnicas conductuales al inicio del tratamiento mientras que en otras afecciones como la conducta agresiva o el trastorno de carácter bipolar se utiliza valproato y litio en su tratamiento. Los tratamientos se ajustan dependiendo el cuadro clínico de cada individuo. (Antonacci et al., 2008; Jiménez Cubero et al., 2013).

Esta discapacidad a nivel intelectual suele presentarse más frecuentemente en el género masculino pero el género femenino tiene más prevalencia de sufrirla. Existe relación con tener una conducta de carácter agresivo asociando esto a la depresión o a los trastornos afectivos. La esperanza de vida de los individuos con DI se sitúa 30 años por debajo de la población sin DI y observando diferencia según el entorno, viviendo en una residencia o institución su esperanza de vida es mayor que viviendo en un hogar de carácter familiar. Los factores que pueden atribuirse a este factor son la falta de planificación, no vivir en un entorno adecuado, los cambios de necesidades y de la tensión, y el no sentirse escuchados (Hanson et al., 1997; Heslop et al., 2014; Lavin et al., 2006; Patja et al., 2000).

4.2 TRASTORNO DE CONDUCTA

4.2.1 Definición y concepto

La comprensión y los avances relacionados con el ámbito de los trastornos de conducta reflejan el cambio hacia una visión empática que busca entender dichos comportamientos y la manera más adecuada para su manejo, influenciados por la comprensión médica y psicológica. Actualmente se tratan de manera integral todos los aspectos que impactan en el individuo en vez focalizar la atención en un síntoma aislado ya que todos ellos afectan directamente en la interacción de su bienestar y salud (Sadock et al., 2017).

La evolución del concepto de “trastorno de conducta” se ha producido debido al cambio de percepción.

En un inicio, en el siglo XIX, con el enfoque moralista, se veían los comportamientos disruptivos desde el apartado de la criminalidad, la religiosidad o lo moralmente inadecuado, pero, sin una explicación clara a nivel psicológico o clínico, achacaban estos comportamientos a una crianza o una moral afectada. Tiempo después, autores como Sigmund Freud se iniciaron en el estudio psicológico de los comportamientos, pero sin centrarse en ninguno de ellos (Freud, 1913).

A mediados del siglo XX, la psicología clínica formaba parte de la disciplina científica, y se comenzó a estudiar la psiquiatría infantil lo que suponía la introducción de métodos de estudio. Se iniciaron estudios sobre las conductas atípicas de los individuos, centrándose en los hábitos de crianza. Ésta debía realizarse con un correcto desarrollo psicológico y emocional de los individuos lo que, en ese momento, suponía un cambio en la manera tradicional de la crianza. Sólo se lograba mediante el entendimiento del propio comportamiento infantil cubriendo las necesidades emocionales y conociendo las etapas del desarrollo infantil. Estos entendimientos conducían a ofrecer respuestas basados en la empatía y la paciencia, siendo guías del individuo, escuchando sus sentimientos para resolver los problemas. Lo que se lograba era una crianza donde el sujeto se siente apoyado y comprendido. Al expresar sus emociones, identificándolas, fomentan su autonomía y autoestima; si las repetían se podrían ocasionar problemas disruptivos y emocionales (Spock, 1946).

En los años 70 y 80, se comenzaron a formalizar, con la implicación de la Asociación Americana de Psiquiatría, (en inglés American Psychiatric Association o APA, por sus siglas), los Manuales de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, conocido como DSM que categorizan los trastornos mentales permitiendo un mejor entendimiento y manejo de estos. En los primeros manuales (DSM-I y DSM-II) aparecían categorías dedicadas a los trastornos del comportamiento, la categorización se realizaba a nivel general y se centraba en aspectos básicos y sin especificaciones, trabajando juntamente con la Clasificación internacional de Enfermedades (CIE) (American Psychiatric Association,1952; American Psychiatric Association,1968). Siguiendo a este manual, años después se publicó una nueva edición, DSM-III que permitía clasificar y diagnosticar empírica y sistemáticamente los trastornos mentales, esta vez incluyen dentro de los trastornos de conducta la clasificación de éstos incluyendo su diagnóstico claro. Los tipos de los trastornos de conducta a los que hace referencia eran: el trastorno disocial y el trastorno negativista desafiante (American Psychiatric Association, 1980).

Los trastornos de conducta se pueden clasificar en distintas categorías según sean sus manifestaciones, patrones y caídas, y se dividen en trastornos emocionales y sociales según sean sus comportamientos. La base de estos podría ser la contención, el bloqueo comportamental o la mala autorregulación. Ambas guardaban una relación neurobiológica y están influenciados por el contexto familiar y ambiental (Quay, 1993).

En los años noventa apareció una nueva edición del manual, DSM-IV, se detallaron aún más las descripciones y los diagnósticos, reconocieron por primera vez la influencia en el desarrollo del trastorno de la conducta de los factores externos al sujeto como los ambientales y el contexto (Ainsworth y Bowlby, 1991; American Psychiatric Association, 1994).

Tener un enfoque integrador permite conocer estrategias basadas en la prevención, las evidencias, la educación y en el tratamiento, para ello es de vital importancia conocer todos los factores que influyen en la manifestación del trastorno de conducta. (Herbert, 1987). Se estudiaron más a fondo y se dividieron según su taxonomía en los limitados a la adolescencia y los trastornos de conducta persistentes. La diferencia más significativa, a parte del momento de la aparición, son los factores de riesgo, aspectos de gran utilidad para su posterior intervención (Moffitt, 2017).

El CIE-10, el manual de Clasificación internacional de enfermedades permitió diagnosticar y estandarizar a nivel internacional los aspectos relacionados con la salud. Esta publicación clasificó y detalló los trastornos, se desarrolló gracias a la organización mundial de la salud, más conocida como la OMS (1992).

Con la entrada del siglo XXI, y los avances neurobiológicos apareció una edición nueva del DSM, el DSM-5, el cual incorporó las nuevas investigaciones con un enfoque que busca entender los trastornos a lo largo del tiempo (American Psychiatric Association, 2013). Este manual que se usa hoy en día para la identificación de trastornos mentales ya que es una fuente precisa y de carácter autorizado.

Otros autores estudiaban como la influencia biológica afectaba el ámbito comportamental y los trastornos conductuales. Estos factores podrían ser: anomalías en el cerebro o aspectos neuroquímicos que se encargan de regular el comportamiento, factor genético o las influencias antes, durante y después del nacimiento (Raine y Yang, 2006). Los autores han estudiado la conducta agresiva en los trastornos de conducta en adolescentes con el objetivo de disminuirlo y fomentar el control, la resolución de los problemas, ofreciendo evidencias empíricas de un impacto satisfactorio del estudio enseñando técnicas y apoyo para llevar a cabo este proceso (Lochman y Wells, 2004). Otros enfoques han basado su estudio en métodos basados en el control, proponen que la aparición de los comportamientos disruptivos aparece en relación con un negativo desarrollo de habilidades comunicativas, de regulación o resolutivas, entendiendo estos trastornos como un problema que afecta a las habilidades y no tiene que ver con la falta de motivación. Para ello trabajar proactivamente y de manera colaborativa, permitiendo al individuo la identificación de la problemática desencadenante del trastorno de comportamiento. Este modelo se llama CPS, de sus siglas en inglés, Collaborative and Proactives Solutions y se desarrolló para ser orientado a niños con un comportamiento desafiante. Este modelo lo creó Greene (2014).

Finalmente, en la actualidad, la OMS ha actualizado el CIE, que nos ofrece un mejor diagnóstico, con más detalles y criterios; este nuevo enfoque permite evaluar la funcionalidad del sujeto en distintos aspectos, teniendo en cuenta nuevas investigaciones y los factores biológicos, neurológicos y contextuales (World Health Organization, 2019).

4.2.2 Características y diagnóstico

Basándonos en el manual DSM-5, encontramos las características del trastorno de conducta. Estos trastornos se encuentran dentro del capítulo trastornos destructivos del control de los impulsos y de la conducta. Aparecen dentro del mismo otras entradas como; el trastorno negativista desafiante, el trastorno explosivo intermitente, el trastorno de la conducta, el trastorno de la personalidad antisocial, la piromanía, la cleptomanía y otros trastornos destructivos del control de los impulsos y de la conducta, especificados y no especificados. En este trabajo nos centraremos en el trastorno de la conducta y sus características.

En este manual definen al trastorno como aquel patrón ininterrumpido y constante caracterizado por no respetar los derechos básicos del entorno, normas o reglas comunitarias caracterizadas por edades similares. Este trastorno causa malestar clínico a nivel educativo, social o laboral. Para ser diagnosticado con trastorno de conducta debes ser menor de edad y es necesario que, en el último año haya expresado al menos tres criterios de los quince en las distintas categorías, tal y como se muestra en la tabla siguiente (Tabla 1), debiendo existir uno de ellos en los 6 meses anteriores.

Agresión a personas y animales

1. A menudo acosa, amenaza o intimida a otros.
2. A menudo inicia peleas.
3. Ha usado un arma que puede provocar serios daños a terceros (p. ej., un bastón, un ladrillo, una botella rota, un cuchillo, un arma).
4. Ha ejercido la crueldad física contra personas.
5. Ha ejercido la crueldad física contra animales.
6. Ha robado enfrentándose a una víctima (p. ej., atraco, robo de un monedero, extorsión, atraco a mano armada).
7. Ha violado sexualmente a alguien.

Destrucción de la propiedad

8. Ha prendido fuego deliberadamente con la intención de provocar daños graves.
9. Ha destruido deliberadamente la propiedad de alguien (pero no por medio del fuego).

Engaño o robo

10. Ha invadido la casa, edificio o automóvil de alguien.
11. A menudo miente para obtener objetos o favores, o para evitar obligaciones (p. ej. "engaña" a otros).
12. Ha robado objetos de valor no triviales sin enfrentarse a la víctima (p. ej., hurto en una tienda sin violencia ni invasión; falsificación).

Incumplimiento grave de las normas

13. A menudo sale por la noche a pesar de la prohibición de sus padres, empezando antes de los 13 años.
14. Ha pasado una noche fuera de casa sin permiso mientras vivía con sus padres o en un hogar de acogida, por lo menos dos veces o una vez si estuvo ausente durante un tiempo prolongado.
15. A menudo falta en la escuela, empezando antes de los 13 años

Tabla 1: Tabla de los criterios diagnósticos del Trastorno de Conducta en DSM-5

El trastorno de conducta puede ser de tres tipos según sea la edad del diagnóstico. En primer lugar, será de tipo “inicio infantil” si se ha mostrado al menos uno de los síntomas antes de los 10 años, de tipo “inicio adolescente” si no se han mostrado ningunos de los síntomas que caracterizan en el trastorno antes de los 10 años y por último de tipo de “inicio no especificado” si los criterios se han cumplido, pero carecemos de

conocimientos para determinar si los criterios han aparecido antes o después de los 10 años.

Dentro de esto es importante mencionar la gravedad en la que se encuentra el trastorno pudiendo ser leve, moderado o grave. Estamos hablando de un caso leve si los problemas son prácticamente escasos o no hay ninguno a parte de lo establecido para el diagnóstico y estos daños que se pueden producir son menores, moderado si el efecto y los problemas tienen una magnitud intermedia entre los leves y los graves y por último de grave si los problemas son recurrentes además de los establecidos por el diagnóstico o causan daño importante a los demás.

Por otra parte, según se comporte el sujeto debemos tener en cuenta aspectos socioemocionales, su evaluación se basa en si se han manifestado, de manera persistente durante un año en circunstancias y relaciones diferentes al menos dos de los siguientes elementos:

- Ausencia de remordimiento: no siente culpa ni preocupación en las repercusiones adversas de sus actos.
- Falta de empatía: es indiferente con los sentimientos ajenos mostrándose insensible y poco afectuoso. Su preocupación se centra en la repercusión de sus actos sobre él mismo.
- Desinteresado en su rendimiento: no se preocupa de su rendimiento, no se esfuerza, con las expectativas claras responsabiliza a los demás de sus fallos con respecto a su rendimiento deficiente.
- Relaciones afectivas superficiales: no manifiesta las emociones o sentimientos, a excepción de realizar esto de una manera superficial que parece forzada.

4.2.3 Etiología

Según estudios de este trastorno mental caracterizado por los patrones repetitivos y de carácter persistente que afectan negativamente a los diferentes contextos y, causan en el individuo una actitud antisocial, agresiva o una conducta desafiante.

Sin embargo, hay factores de riesgo que pueden influir en el desarrollo de este trastorno. Estos pueden ser biológicos o genéticos, psicológicos, sociales y de carácter ambiental.

Los factores de riesgo biológicos se deben a una predisposición en los genes, la herencia del trastorno de conducta o conductas antisociales por parte de los padres predispone al hijo a sufrir este trastorno. Por otra parte, pueden aparecer por anomalías en el cerebro que producen un desequilibrio en los neurotransmisores de serotonina o dopamina, lo que da pie a una conducta desafiante o agresiva (Lahey y Waldman, 2003; Raine y Yang, 2006).

Los factores prenatales y perinatales, las complicaciones que causan daño a nivel neurológico durante el parto o la exposición a sustancias tóxicas a lo largo del embarazo como las drogas, el tabaco o el alcohol, potencian el desarrollo de este trastorno (Fergusson et al., 1993).

Psicológicamente, aquellos individuos con falta de autocontrol, problemas sociales y emocionales tienden a desarrollar este trastorno ya que pueden desembocar en comportamientos disruptivos (Moffitt, 2017).

Los factores ambientales y sociales juegan un papel clave en el desarrollo del trastorno, la exposición a la violencia, el abuso, las negligencias o la poca disciplina aumenta el riesgo al igual que la pobreza, bajos niveles educativos en el hogar donde se desenvuelven o el desempleo (Patterson et al., 2017). Las normas culturales y comunitarias son un factor en el desarrollo del trastorno, la aceptación de violencia o de una conducta antisocial (Sampson y Laub, 1994). Por otro lado, los factores escolares como las dificultades en el aprendizaje, una ausencia de apoyos de carácter educativo o el fracaso escolar pueden propiciar la presentación de esta problemática (Hinshaw, 1992).

Para evitar esto debemos prevenir los comportamientos disruptivos que afectan a las habilidades sociales y a la salud. Los factores llamados protectores son aquellos que producen una disminución de presentar este trastorno. Para conseguir esto, es necesario identificar y fortalecer los factores que suscitan su aparición.

Fortalecer las habilidades relacionadas con la resolución de problemáticas y de autocontrol, es un factor clave para disminuir la agresión y la conducta desafiante (Kazdin, 2008). Los vínculos afectivos de apoyo y tener una disciplina consistente y clara previene los problemas (Patterson et al., 2017), existen programas que proporcionan técnicas y estrategias basadas en cómo manejar el comportamiento para lograr una

disciplina adecuada (Webster-Stratton, 1994). En cuanto al aula, formar un ambiente seguro y participativo generará un espacio positivo que fomente su desarrollo personal (Hawkins et al.1992), mediante la socialización y el aprender a resolver conflictos se disminuyen los comportamientos agresivos y se potencian las habilidades sociales (Greenberg et al., 1998).

4.2.5 Prevalencia y epidemiología

En este trastorno mental, la prevalencia varía dependiendo del contexto y los grupos de poblaciones. Se han implementado instrumentos evaluativos que permiten entender mejor la prevalencia y el perfil de este trastorno, un ejemplo de esto es el CBCL Child Behavior Checklist diseñado por Achenbach (1991). A nivel general, este trastorno tiene una prevalencia de entre el 2 y el 9% en los niños y los adolescentes, aumentando en la adolescencia (Achenbach, 1991; Kessler et al., 2012; Maughan et al., 2004; Merikangas et al., 2010; Turner et al., 2018).

Con respecto al género, la ratio varía del 6 al 16% siendo más prevalente en el género masculino los cuales exteriorizan más los síntomas como la agresividad, una conducta desafiante o disruptiva que, en el femenino, cuyos datos rondan del 2 al 9%. Ellas suelen presentar, en estos casos, conductas antisociales centradas en la mayoría de los casos en la manipulación o el engaño, este diagnóstico se puede dar a lo largo de su vida (American Psychiatric Association, 2013; Crick y Grotpeter, 1995; Frick et al., 2014; Loeber et al., 2000).

El contexto socioeconómico bajo afecta negativamente, aumentando su prevalencia ya que esta influenciado por la población en la que se encuentren y los factores vinculantes como espacios violentos o que causen inseguridad (Maughan et al., 2004; Sampson y Laub, 1993). Esto se produce por el estrés a nivel familiar y la limitación de los servicios o recursos disponibles (Lahey y Waldman, 2017; Leventhal y Brooks-Gunn, 2000; Maughan et al., 2004; Odgers et al., 2009; Sampson y Laub, 1993).

4.2.6 Comorbilidades

Este trastorno tiene relación con otros de carácter emocional y psiquiátricos. Para estos casos es necesario implementar un tratamiento integrado y centrado en las necesidades de cada individuo. Entre los trastornos con mayor comorbilidad d el TDAH, el trastorno de ansiedad, la depresión y la conducta antisocial. Para un tratamiento eficaz es necesario un tratamiento adecuado que integre las necesidades totales de cada individuo según sea su diagnóstico (Burke et al., 2010; Loeber et al., 2000).

En el caso del trastorno por déficit de atención e hiperactividad o TDAH, la comorbilidad asciende de un 30% a casi la mitad de los casos causando dificultades académicas, a nivel legal y en las habilidades sociales. Sus síntomas tienen un carácter más severo y persistente que cuando se presentan de manera aislada (Barkley, 2014; Burke et al., 2002; Burke et al., 2010; Frick y Ellis, 1999; Lahey et al., 2009).

El Trastorno del espectro autista o TEA se manifiesta de un 20 a un 40% de los casos, los comportamientos son repetitivos, afectan a sus relaciones sociales y a la comunicación con el entorno, así como de oposición o dificultades en las habilidades adaptativas. Se tienen que identificar de manera adecuada el diagnostico para la aplicación planificación de los tratamientos (Blackburn y Howlin, 2004; Fombonne, 2003; Gadow et al., 2004; Lord et al., 2000).

- Trastorno de conducta y discapacidad intelectual: el diagnostico al igual que su tratamiento es complejo ya que deben estar adaptados y especializados. Su incidencia se encuentra entre un 30 y un 40% de los casos y es más común en los casos de discapacidad intelectual moderada. Clínicamente pueden tener tendencias de autolesiones, comportamientos agresivos y disruptivos y una problemática en las relaciones sociales. Sus síntomas se presentan más intensamente y con una mayor frecuencia. Académicamente tienen problemas cognitivos y adaptativos que limitan su capacidad de desarrollar plenamente las habilidades. Estos individuos necesitan educacion especial y apoyo continuo en el aula (Hastings y Beck, 2004; Matson et al., 1982; Matson y Shoemaker, 2011; Sundberg y Partington, 1998).
- Trastorno de la ansiedad la presentan de un 15 a un 35% de los individuos con trastorno de conducta, lo que afecta al ámbito emocional y a la gestión del estrés

complicando a su vez las relaciones sociales y el rendimiento académico. Sus síntomas se manifiestan de una manera mixta como la evitación o la preocupación a un nivel excesivo. Estos trastornos aumentan las probabilidades de sufrir depresión, los abusos de sustancias o problemas de aprendizaje y conductas antisociales que afectan a la salud mental del individuo (Angold et al., 1999; Burke et al., 2010; Costello et al., 2003; Lahey y Waldman, 2003; Ollendick y King, 1998).

- La depresión, con un impacto de un 20 a un 30%, esta comorbilidad aumenta en la adolescencia y suele manifestarse antes el trastorno de conducta a la depresión, los problemas de comportamiento en la niñez pueden ser la causa de desembocar en una depresión durante la adolescencia. Esto puede deberse a los factores biológicos por causa genética, por factores socioculturales debido a una educación autoritaria o la depresión postparto y los factores cognitivos y emocionales negativos son de riesgo para la aparición de la depresión (Angold et al., 1999; Carrasco et al., 2009; Ezpeleta et al., 2006; Fombonne et al., 2001; Garber y Weersing, 2010; Kelley, 1997; Kovacs et al., 1988).
- Trastorno de abuso de sustancias: las tasas representan que la mitad de los individuos con trastorno de conducta tienen un riesgo mayor de desarrollar este tipo de trastorno que genera comportamientos desafiantes, así como la criminalidad del individuo puede aumentar. El tratamiento se ve influenciado por las sustancias, complicado este proceso. Tiene implicaciones en la salud mental y a largo plazo (Colder et al., 2013; Hawkins et al., 1992; Loeber y Stouthamer-Loeber, 1998; Teplin et al., 2002)
- Trastorno del aprendizaje: tiene una comorbilidad de entre un 20 y un 45% lo que agrava el desempeño académico y conductual creando un círculo vicioso entre problemas de autoestima y autoconcepto y el fracaso académico. Es más común en edades escolares y esta puede ir cambiando según el trastorno de aprendizaje que se tenga (Frick, 2009; Hinshaw, 1992; Pennington, 2008; Willcutt y Pennington, 2000).
- Conducta antisocial y el trastorno de conducta: están relacionados. Aquellos que desarrollan el trastorno de conducta en edades tempranas muestran una mayor probabilidad de continuar teniendo comportamientos antisociales en la

edad adulta, asociándose de nuevo con problemas a nivel social y legal (Kelley, 1997; Moffitt, 2017).

4.3 ARTETERAPIA

4.3.1 Definiciones

4.3.1.1 Definición según la Real Academia de la Lengua (RAE)

Arteterapia proviene de las palabras inglesas art therapy (art=arte, therapy= terapia) de la unión de la palabra arte y la palabra terapia. En la RAE aparecen nueve definiciones para el término, pero la más destacable es la siguiente: “*Manifestación de la actividad humana mediante la cual se interpreta lo real o se plasma lo imaginado con recursos plásticos, lingüísticos o sonoros.*”. A la hora de definir terapia aparecen dos definiciones, la primera la define como *Tratamiento de una enfermedad o de cualquier otra disfunción.* y la segunda como un *Tratamiento destinado a solucionar problemas psicológicos.* Por lo tanto, podríamos definir la arteterapia como el tratamiento destinado a solucionar problemas mediante diferentes manifestaciones interpretando la actividad humana realizada (RAE).

4.3.1.2 Definiciones según autores contemporáneos.

Han sido multitudes de autores quienes han descrito el concepto de arteterapia. Actualmente está definido como una modalidad de carácter terapéutico que mediante la aplicación del proceso creativo que se emplea en el arte, se logra enriquecer y potenciar el bienestar de las personas. La arteterapia se usa como una herramienta alternativa de comunicación no verbal y de la propia expresión que permite conocer las emociones y los pensamientos facilitando su expresión. Puede aplicarse en un proceso de rehabilitación, psicoterapia o en el ámbito educativo (Malchiodi, 2012; Ulman, 2001).

La arteterapia abarca la creación de arte, el proceso creativo y el significado que los individuos asignan a su composición. Esto permite tratar conflictos de carácter emocional, promover la autoconciencia, fomentar las competencias sociales y potenciar

el rendimiento cognitivo y el bienestar físico. Este tipo de terapias es adaptativo a los distintos grupos de población y problemas y es de utilidad en los individuos que presentan dificultad en verbalizar sus vivencias (Kapitan, 2011; Rubin, 2009).

Esta disciplina profesional, centrada en el servicio humanitario, emplea las diferentes expresiones artísticas para que, junto con el proceso creativo, se alcancen objetivos preventivos, educacionales, terapéuticos, de rehabilitación y de crecimiento personal.

4.3.1.4 Principales organizaciones

Actualmente existen numerosas organizaciones o asociaciones dedicadas a la arteterapia, cada una de ellas tiene una definición propia de este término, aunque cuentan con aspectos comunes. A continuación, nos centraremos en cuatro: ATe (Asociación Profesional Española de Arteterapeutas), AATA (*American Art Therapy Association*), BAAT (*British Association of Art Therapists*) y por último en ACAT (Asociación Chilena de Arteterapia).

- ATe: Asociación Profesional Española de Arteterapeutas

Según la ATe la arteterapia es la profesión a través de la cual mediante el proceso artístico se aplican psicoterapias que utilizan las artes visuales para realizar cambios notables en los individuos potenciando su evolución y desarrollo a nivel individual y colectivo, dando importancia al entendimiento entre el individuo y el arte terapeuta (ATE Arteterapia – Asociación Profesional Española de Arteterapeutas).

- AATA: Asociación Americana de Terapia de Arte

Según la AATA la arteterapia se define como un ámbito de la salud mental que mejora las funciones sensoriomotoras y cognitivas mediante la creación activa, teorías aplicadas de psicología y la propia experiencia. El proceso creativo apoya objetivos individuales, familiares y comunitarios potenciando de esta manera la conciencia y la autoestima promoviendo la resolución de conflictos. Esta terapia está orientada a todas las edades involucrando diferentes formas de comunicación expresiva y receptivas. Mejora el bienestar mental, físico y emocional (*American Art Therapy Association*).

- BAAT: British Association of Art Therapists

En esta ocasión, la terapia del arte es una psicoterapia que usa el arte mediante el cual se expresan y articulan sentimientos o pensamientos como un modo de expresión por el cual se logra mejorar la salud emocional, social y mental favoreciendo a los elementos del autoconcepto, la comprensión, la autocompasión y la autoestima. Está orientada para todas las edades y aquellos que formen parte de esta no necesitan experiencia previa. Los arteterapeutas son los encargados de impartirla (The British Association of Art Therapists).

- ACAT: Asociación Chilena de Arteterapia

La arteterapia es la disciplina fundamentada en la creación visual realizada por una persona con el objetivo de reflexionar sobre la obra diferenciándose de otras disciplinas por el efecto sanador, centrándose en el proceso terapéutico proyectando las preocupaciones mediante el arte. El arteterapeuta es el profesional que se ha formado para dirigir las intervenciones pudiendo realizar su labor con grupos, parejas o individuos y se encarga de estimular al paciente para que sea él quien comprenda el significado de sus obras (Asociación Chilena de Arteterapia).

4.3.2 Historia arteterapia

La arteterapia es una terapia que utilizando el arte y las técnicas artísticas busca acercar la expresión emocional, la comunicación y el autoconcepto.

Durante la historia, todas las culturas han utilizado el arte como una herramienta para comunicarse, expresarse y como una forma de sanación. Encontramos diversas definiciones según el contexto en el cual nos encontremos.

En cada etapa el arte tenía un objetivo diferente ya sea, buscando una expresión personal o emocional, como método de sanación, plasmar la espiritualidad o la religión como un medio de adoración, comunicarse, expresarse o narrar historias y hechos. No debemos dejar de lado la estética y la belleza, si las obras eran fieles a la realidad o si se exploraba la forma y los materiales con los cuales se trabajaba o si más bien buscaba una crítica

social o de la política reflejando la vida o estaba orientada hacia un aspecto más curativo o terapéutico. El arte se ha utilizado como un medio por el cual acercar historias a las personas analfabetas, en otras ocasiones el arte formaba parte de la propia libertad humana (Brooke, 2006; Gombrich et al., 1997; Tolstoi, 1949).

4.3.3 Arteterapia en España

La relevancia en nuestro país de esta terapia no ha logrado el reconocimiento que tiene en otros países como Inglaterra, Estados Unidos o Canadá donde la arteterapia surgió a partir de intervenciones con arte para posteriormente establecer los dogmas respectivos de esta formación. Antes de esto, en España las personas sin formación en la materia ejercían como arteterapeutas mientras que en Gran Bretaña los únicos denominados arteterapeutas eran los que tenían una formación homologada (Pérez Valdés, 1917; López Ruiz, 2016).

En España la arteterapia aparece al incorporarla académicamente en el ámbito universitario de posgrado y de estudios adicionales en el año 1990 (López, 2011). Aun así, los principios teóricos son sólidos fundamentados en la práctica y reconocidos y desarrollados de manera constante por profesionales en este campo (Bassols, 2006).

La intervención se ha realizado en la mayoría de los casos en una perspectiva clínica en vez de tratarlo como una forma de terapia artística o un medio para expresar una enfermedad. Esto se debe a que, hasta 1960, en el hospital clínico situado en Ciempozuelos (Madrid), no surgieron iniciativas relacionadas con el estudio y la colección de las manifestaciones artísticas de los pacientes. Los artistas vanguardistas antes de dicha fecha no tuvieron interés en recolectar las obras creadas por individuos con trastornos mentales (Hernández Merino, 2009).

Clínicamente, entre 1950 y 1980, en la ciudad de Barcelona se comenzaron a emplear psicoterapias plásticas en el Departamento de Psiquiatría y psicología médica de Barcelona, pero se consolidaron dentro del ámbito de la terapia ocupacional.

No fue hasta 1998 cuando ganó reconocimiento fundando en Barcelona la Asociación para la expresión y la comunicación (AEC).

Se comenzó a ofrecer formación en este tipo de terapia con el primer máster impartido sobre la arteterapia en Barcelona siguiéndole al año siguiente en Granada, y Madrid. Fue en Madrid, en 1999, cuando Elvira Gutiérrez fue pionera en la realización de una tesis doctoral sobre la arteterapia donde daba importancia al arte para fomentar el autoconocimiento.

Posteriormente se fundaron asociaciones y centros en toda España para poder regular la práctica y la formación de la arteterapia, fomentando el estudio de la influencia de los distintos factores en los individuos y como herramienta de comunicación. Ya en el siglo XXI, entre los años 2003 y 2005 surgieron programas y cursos relacionados con la arteterapia al igual que la Federación Española de Profesionales de la Arteterapia (FEAPA), en el año 2007 (Federación Española de Profesionales de la Arteterapia).

Los congresos, como el que se celebró en Murcia en 2006 o el de Girona en el año 2010 han sido una fuente vital de conocimientos y de desarrollo de la arteterapia, al igual que los cursos y jornadas de investigación (López Fernández Cao y Martínez Díez, 2012).

Hoy en día los arteterapeutas profesionales ejercen en hospitales psiquiátricos, escuelas y centros destinados a la salud mental pero aún no está reconocida como una profesión. La arteterapia es una buena herramienta para el crecimiento y la introspección personal con un carácter sanador mediante el arte (Martínez y Ruiz, 2014).

4.3.4 Características

Entendemos que la arteterapia es una experiencia personal del proceso creativo que mediante esta psicoterapia mejora el bienestar emocional, físico y la salud. La arteterapia es un híbrido de arte y psicología teniendo como objetivo traer numerosos beneficios ayudando a la expresión de los sentimientos y pensamientos mejorando su autoconcepto y autoestima tanto a nivel individual como a nivel social. La arteterapia se trabaja como complemento a tratamientos médicos potenciando sus efectos y se puede practicar en grupos o en sesiones individuales. Debe guiarlo un profesional de este campo, tiene una metodología estricta y un definido marco terapéutico y destaca por:

Con la arteterapia nos comunicamos mediante el arte y mediante los procesos creativos que se dan lugar resolvemos problemas y mejoramos nuestra autopercepción mejorando el bienestar individual. Para esta terapia, orientada a todos los públicos no hace falta una experiencia anterior o habilidades artísticas, es un proceso de conocerse y experimentar, por lo cual, se da más importancia a ese proceso que a la elaboración final. (British Association of Art Therapists; I Currià y Vallès Villanueva, 2012; Paín y Jarreau, 1995).

Por otro lado, un arteterapeuta debe estar formado en esta disciplina y seguir formándose. Ser empático, respetuoso y tener habilidades de escucha con el paciente es un elemento clave para desarrollar las sesiones, un arteterapeuta tiene que conocer las influencias contextuales y adaptarse a las problemáticas que pueden aparecer (Pereira et al., 2020). Para ello es vital crear un ambiente acogedor y seguro para poder realizar el trabajo creativo para realizar esta tarea de manera crítica y objetiva. Las habilidades de estos terapeutas tienen que ser adaptativas al usuario y tener habilidades comunicativas para poder llevar a cabo la intervención (I Currià y Villanueva, 2012).

La arteterapia interpreta el proceso creativo y los aspectos que aparecen en las sesiones. Un arteterapeuta no ordena cómo o qué realizar en estas sesiones; de este modo maximizamos los beneficios de la arteterapia (Badilla, 2011).

4.3.5 Diferencia de otras terapias

La arteterapia se diferencia de manera notable de otras terapias (la terapia ocupacional, la musicoterapia y terapia de juego, entre otras).

La terapia mediante el arte o arteterapia tiene notables diferenciaciones. Las diferencias se encuentran principalmente en el medio que utilizan para llevar a cabo la terapia, el enfoque que tienen, la importancia que le dan al proceso y al producto obtenido y el grupo de edad al cual se orienta.

La arteterapia, a diferencia de otras terapias como la terapia ocupacional, la musicoterapia o la terapia de juego utiliza como medio de expresión materiales plásticos o artísticos entre los que destacan el collage, la escultura, el dibujo y la pintura. Las otras terapias se centran en las actividades de la vida cotidiana, en el caso de la terapia

ocupacional, el uso de la música, sus respectivos elementos o la utilización de juguetes o tareas lúdicas (Hass-Cohen y Findlay, 2015).

Otra diferencia clave es el enfoque que toma. La arteterapia, centrándose en el proceso educativo busca, expresar y explorar las emociones propias mientras que la terapia ocupacional, busca la rehabilitación y la adaptación que potencie la independencia y el bienestar. La musicoterapia expresa y procesa mediante la música distintas emociones. (American Art Therapy Association).

La arteterapia está orientada a todo tipo de personas y edades, para todas ellas la arteterapia ofrece beneficios como el autoconocimiento, la mejora de la autoestima y la expresión. Tiene un carácter adaptativo que se orienta, con ayuda de la arteterapia, a las necesidades, características y capacidades de cada individuo. Para comenzar en esta terapia no es necesario tener experiencia ni ser un buen artista, como hemos mencionado, la importancia está en el proceso (Beck, 2020; Rubin, 2012).

La arteterapia es una herramienta útil con la que se puede intervenir individual y grupalmente. Puede aplicarse a entornos educativos y clínicos siendo de utilidad para superar distintos traumas.

4.3.6 Elementos de la arteterapia

La arteterapia cuenta con dos elementos clave para poder llevar a cabo esta terapia, los componentes son la creatividad y el proceso creativo. Ambos componentes forman parte del individuo.

La creatividad es un elemento común e inherente al ser humano, se estructura con respecto al conocimiento y a las experiencias personales, se orienta a lo desconocido para generar vivencias nuevas siendo un elemento clave en la enseñanza y la terapia psicológica. (Landau, 1987). Este proceso genera ideas que se relacionan con la manera de enfrentarse, y las habilidades de reflexión y resolución de situaciones diversas fomentando la adaptabilidad, la innovación y la tolerancia a la ambigüedad siendo un elemento clave en cualquier proceso (López Fernández Cao y Martínez Díez, 2012). La creatividad es un

mecanismo que se agudiza frente a deficiencias y problemáticas que permite identificar soluciones, creando hipótesis para su posterior evaluación y difusión de los resultados (Torrance, 1976). Este elemento abarca competencias de adaptabilidad, fluidez y el pensamiento lateral, características de los individuos creativos (Guilford, 1971).

El proceso creador es el elemento troncal dentro de esta terapia con el arte, abarca las etapas en las cuales se promueve y cultiva la creatividad y esto se desarrolla en torno a un desafío que se debe solucionar. Este proceso se puede dividir en cuatro etapas distinguidas: preparación, incubación, iluminación y verificación (Wallas, 1926).

En la primera etapa se formulan preguntas, hipótesis y se emplean las habilidades personales para dar forma al desafío. La segunda etapa las ideas se desarrollan, esto se produce mediante la llamada “lluvia de ideas” (Osborn, 2011). La etapa que le sigue es donde surge la idea más idónea para que, en la cuarta y última etapa, esa idea se desarrolle de manera realista y objetiva.

4.3.7 Enfoques de la arteterapia

Para llevar a cabo esta terapia, cuyo elemento clave es la creatividad, existen diversas maneras o enfoques de aplicar esta disciplina, estos enfoques son guías para el desarrollo de las sesiones de arteterapia

- Enfoque humanista: usar el arte como una herramienta para abordar y resolver los problemas individuales reconociendo las habilidades propias. Está enfocado en el potencial expresivo y la creatividad de los individuos para la expresión de las emociones e ideas mejorando el bienestar mental y físico; aquí se encuentra la terapia llamada Gestalt (Perls et al., 1951), Este enfoque busca que sean los propios individuos los que aporten el significado a sus obras y al mensaje que buscan expresar con sus obras.
- Enfoque cognitivista: vinculado con la educación, ofrece, a través del arte, nuevas formas de actuar y de pensar potenciando las habilidades cognitivas de producción y manifestación artística (Carvalho, 2001).

- Enfoque psicodinámico: dentro de este enfoque se cuentan tres diferentes. El primero se basa en el psicoanálisis de Freud, las explicaciones sobre la expresión artística aportadas en el proceso creativo desde el paciente al arteterapeuta. El siguiente enfoque, la terapia analítica de Jung, pone en el punto de mitad el proceso creativo y la evaluación individual del proceso inconsciente que se lleva a cabo durante las terapias (Araujo y Gabelán, 2010). Finalmente nos encontramos con adherimos caracterizado por la creación de espacios irreales mediante el arte, este lugar transmite el individuo tranquilidad y seguridad para poder expresar, analizar y reflexionar acerca de sus problemas. La arteterapia guía la sesión para lograr una expresión plena, integrada y adaptativa (Adler et al., 1941; Pérez, 2004).
- Enfoque fenomenológico: el objetivo es la revelación de los elementos inconscientes del sujeto mediante la expresión artística libre. Los pasos que se llevan a cabo son el prejuego, la elaboración, la interpretación de la creación y la reflexión sobre la obra contrastando los elementos de ésta y la vida real (Husserl, 2012; Ros Fernández, 2014).
- Enfoque conductista, identificar el comportamiento problemático es vital para modificarlo con técnicas como el comportamiento y el condicionamiento durante las sesiones tratando de mejorar el comportamiento, la expresión y la identificación emocional (Ertmer y Newby, 1993; Watson, 1913).

4.3.8 Arteterapeutas y sesiones

Los arteterapeutas son los profesionales especializados en la salud mental, los cuales pueden trabajar en distintas instituciones donde apoyan a los individuos después de una experiencia traumática o una crisis. Los arteterapeutas cuentan con un título, estos pueden ser de terapeutas de arte registrado o ATR o en su lugar, terapeuta de arte certificado por la Junta (ATR-BC). Estos profesionales guían la creación artística adaptándose a las necesidades individuales de los pacientes, promoviendo el bienestar emocional, físico y mental (Art Therapy Credentials Board). Es necesario que en las sesiones se encuentre

un terapeuta para poder crear la relación terapéutica utilizando el arte (Charlton y Dalley, 1984).

En las sesiones de arteterapia se implementan técnicas y medios plásticos diferentes, tanto tradicionales como no tradicionales, para aumentar la creatividad, de esta manera se crean nuevos estilos para expresarse. Pueden realizarse individualmente o en pequeños grupos (Moon, 2010).

4.3.9 Beneficios de la arteterapia

La arteterapia ofrece a los individuos nuevas habilidades comunicativas sin la necesidad de emplear la comunicación verbal, se emplea la comunicación gráfica mediante la cual se expresan sentimientos, pensamientos e ideas. Gracias a eso, las personas que antes tenían dificultades para comunicarse y expresarse y que tenían un sentimiento de aislamiento y de sentirse rechazado, desaparece. Las relaciones sociales mejoran al igual que la autoestima reconociendo los puntos fuertes y la capacidad de cada individuo.

La mejora de la autoestima y el autoconcepto, la capacidad expresiva de las vivencias y las emociones y la capacidad comunicativa aumenta al utilizar esta herramienta, al igual que la capacidad creativa e imaginativa. Favorece la escucha, el respeto y la tolerancia (Kapitan, 2011; Landgarten, 2013; Ulman, 2001).

4.3.10 Principales ámbitos de aplicación

Los ámbitos de aplicación de la arteterapia son principalmente dos, el ámbito clínico o sanitario y el ámbito educativo.

4.3.10.1 Ámbito clínico

En el ámbito clínico la arteterapia es un recurso que mejora la salud física de las personas, ayudando a interpretar de los sentimientos y las emociones apoyándoles a la hora de afrontar el estado de ánimo ante dificultades problemáticas, enfermedades y dolores. Su aplicación se lleva a cabo en hospitales y centros psiquiátricos donde se realizan talleres

de arteterapia. Los talleres proporcionan una herramienta útil para la expresión emocional y el bienestar psicológico (Alcaide, 2001; Vassiliadou Yannaka, 2004).

4.3.10.2 Ámbito educativo

En el ámbito educativo son numerosos los estudios que resaltan la importancia de implementar la arteterapia en los centros educativos. La implementación en las aulas proporciona una herramienta que valora la tolerancia, el respeto, la igualdad y la diversidad. La arteterapia se adapta a todo el alumnado incluyendo a los alumnos que tienen necesidades educativas especiales (Chinchilla, 2003).

La expresión artística puede usarse como un medio preventivo, terapéutico y de comunicación, aplicable a todo el alumnado, que debe ajustarse a los cambios sociales para dar soluciones que fomenten el desarrollo e integren el entorno social e individual del alumno, no limitarse a los conceptos y contenidos escolares. Para ello es necesario una transformación en el sistema educativo que los prepare a los retos y desafíos futuros (López Ruiz, 2016).

La arteterapia es una herramienta útil y atractiva para trabajar la diversidad dentro de la clase aportando motivación y siendo enriquecedora permitiendo que se desarrollen habilidades sociales e interaccionales (Coll, 2006). Fortalece la autoestima de los estudiantes mejorando su autoconcepto, así como permite conocerse mejor y mejorar las habilidades sociales. La conducta mejora posibilitando enriquecerse en el proceso debido a la diversidad que aporta. (Granados Conejo y Callejón Chinchilla, 2010; López y Martínez, 2006).

El arte permite descubrir y fomentar el crecimiento personal, el autoconcepto e identificación y la expresión adecuada y clara de los sentimientos y las emociones: este proceso de desarrollo es paulatino e integral. Mejora las habilidades del individuo, su bienestar y autoestima y las relaciones con su entorno, así como la comunicación (López Fernández et al., 2006).

Con el arte potenciamos el trabajo cooperativo y una relación positiva con el resto del alumnado. Cuando se emplea la arteterapia, el alumnado, tanto a nivel grupo como a nivel individual, se muestra implicado en el proceso y finalmente consigue mejorar su

expresión sentimental y emocional aumentando su autoestima y el autoconocimiento (Pérez Fariña, 2004).

El programa “arteterapia para todos; la clave está en la diferencia”, parte de la diversidad y tiene como objetivo asegurar la prevención y la inclusión: esto favorece un ambiente escolar inclusivo y positivo. Mejoraba las relaciones y la interacción con el entorno, así como la exteriorización emocional a través de la cooperación (Miret Latas y Jové Monclús, 2011).

Estos autores, tratan los beneficios de la arteterapia en la educación para el desarrollo integral del individuo adaptándose a la necesidad y al contexto social, los intereses y las motivaciones personales, que se tienen en cuenta para el desarrollo de esta terapia. Igualmente tiene un carácter preventivo para la identificación de las problemáticas o dificultades que pueden aparecer a lo largo de la vida en diferentes ámbitos sociales, familiares o educativos (Bassols, 2006; Campusano, 2011).

4.3.10.3 Arteterapia en educación especial

Trabajar la arteterapia en educación especial es un aspecto importante para alcanzar el desarrollo integral del alumnado con necesidades educativas especiales y la potenciación de su inclusión y bienestar. Son dos campos interrelacionados que ofrece diversos beneficios. Es una estrategia útil puede utilizarse como un medio alternativo en la comunicación. Fomenta las habilidades socioemocionales y mejora la autoestima.

El arte es un medio por el cual nos podemos comunicar. A través del arte podemos expresar con la comunicación gráfica emociones, ideas y sentimientos sin necesidad de utilizar la lengua hablada. Desarrollamos las habilidades de socialización, las actividades se pueden realizar en grupos e individualmente. Si se realizan en grupos, la cooperación, la empatía y el trabajo en equipo entre los alumnos se articulará al igual que una mejora en las relaciones interpersonales y la vinculación positiva (Liebmann, 2004).

Los conceptos de autoestima y autoconocimiento se potencian, la creatividad permite la observación tangible de las habilidades artísticas de cada individuo (Malchiodi, 2012).

Por otra parte, el estrés y la ansiedad se reducen, el arte se utiliza como una herramienta útil para conseguir relajación y como un medio de autoexpresión (Rubin, 2012). A través de la expresión artística podemos conocer nuestras emociones y pensamientos mediante la comunicación visual (Duncan, 2007; Fernández, 2007).

4.3.11 Relaciones

4.3.11.1 Relación del arte con la terapia

La arteterapia es un medio por el cual nos podemos expresar a nivel personal y emocional, es un sistema de comunicación permitiendo conectarnos con nosotros mismos y con los demás.

Las manifestaciones artísticas son una actividad compleja, intrínseca y completa que han estado presente durante toda la historia y las culturas de la humanidad. Este medio de comunicación y expresión es, a su vez, un punto clave de la identidad, los pensamientos y las emociones. El arte busca plasmar lo que se siente o piensa siendo un medio sanador ya que ofrece respuestas relacionadas con la comunicación y la autoexpresión del individuo. El proceso creativo es terapéutico y mejora el bienestar de los individuos (Asociación Profesional Española de Arteterapeutas; Gómez y Sanhueza, 2016).

El arte ofrece medios facilitadores de comunicación y expresión ayudando a conocerse, al manejo del estrés y de los traumas. Desbloqueando la creatividad equilibramos la mente y las emociones. Su carácter no verbal permite la expresión del inconsciente sintiendo más profundamente las acciones y emociones (López y Martínez, 2004).

4.3.11.2 Arteterapia y discapacidad intelectual

Las personas con discapacidad intelectual tienen problemas adaptativos en su entorno social o la vida cotidiana, entre otros aspectos, por lo cual necesitan apoyos, lo que genera distintos grados de dependencia hacia otros individuos.

El aspecto afectivo y de reconocimiento emocional supone problemáticas ya que muchos de ellos no son capaces de verbalizar o identificar los sentimientos o emociones,

dificultando el desarrollo óptimo de sus necesidades y relaciones afectivas. No poder expresarse genera frustración, lo que desemboca en sentirse desplazado e incomprendido por los demás.

Para evitar esto, es necesario implementar una herramienta no verbal que permita expresar los sentimientos o emociones; la arteterapia es un medio de comunicación que permite expresarse ya que es un medio alternativo al lenguaje que da la oportunidad de comunicarse a aquellos que su comunicación verbal es nula o parcial (Ballesta et al., 2011).

Desarrollar la creatividad y el proceso creativo permite al sujeto manifestar los sentimientos, ideas o emociones intrínsecas, las respuestas creativas se adaptan a todas las necesidades del individuo permitiendo desarrollarse y lograr alcanzar la realización personal. La arteterapia es un recurso útil para tratar las diferencias, la diversidad y la inclusión (Case y Dalley, 2014; Suero et al., 2003).

4.3.11.3 Arteterapia y trastorno de conducta

Los individuos con trastorno de conducta tienen problemas emocionales, adaptativos y de comportamiento, para ello, implementar el proceso creativo puede ser una herramienta útil para mejorar la expresión emocional, el bienestar individual y las relaciones sociales, académicas y familiares.

Emocionalmente el arte permite la expresión de emociones sin la necesidad de la verbalización, eso es de utilidad en la gestión y la comunicación emocional (Malchiodi, 2012; McDonald y Drey, 2019). Con ello, el desarrollo de sus habilidades relacionadas con la socialización mejora, al igual que la comunicación efectiva, la empatía y los principios de cooperación. Las relaciones interpersonales pasan a ser positivas (Liebmann, 2004).

El arte, como hemos mencionado anteriormente, es una herramienta útil para la mejora del autoconcepto y la autoestima, las obras creadas son tangibles pi lo que puede servir para fomentar sus capacidades, talentos y logros en distintas competencias. El feedback tiene que ser siempre positivo y resaltando los avances, aunque en la arteterapia, no

debemos olvidarnos, que el proceso creativo es mas importante que el resultado final (Malchiodi, 2011; Rosal, 2016).

La arteterapia es un medio de relajación por el cual el estrés y la ansiedad disminuyen, esto proporciona habilidades que se pueden desarrollar en el manejo emocional y comportamental de diferentes situaciones como la agresividad y la impulsividad, el control y la concentración que requiere crear una obra artística es una herramienta útil de autorregulación (Gussak, 2007; Rubin, 2012).

5 PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

5.1 METODOLOGÍA PARA EL DISEÑO

En este trabajo aparecen dos apartados diferenciados, en primer lugar, el estudio sobre los temas tratados y la creación de la propuesta práctica para su aplicación en un centro de educación especial en un aula de EBO2.

Antes de comenzar a planificar la propuesta, he realizado una revisión literaria que abarca las fundamentaciones teóricas sobre las que se construye el trabajo: la arteterapia, la discapacidad intelectual y los trastornos de conducta. Estas revisiones incluyen libros, artículos de ámbito científico, revistas académicas y documentaciones escritas.

El enfoque se centra en la investigación y en la posterior aplicación para poder desarrollar, aplicar y evaluar esta investigación que tiene como núcleo la arteterapia como una herramienta útil para mejorar el desarrollo emocional y comportamental de los alumnos de EBO 2 con discapacidad intelectual moderada y trastorno de conducta, identificando las necesidades específicas del alumnado y las peculiaridades de estos.

Se empleará un enfoque teórico basado en la indagación de los artículos y documentos publicados sobre los temas (tanto a nivel nacional como internacional), procurando que, la gran mayoría de estos, estén relacionados con personas con discapacidad intelectual moderada y trastorno de conducta, aunque la información se encuentra ampliada con respecto a otros receptores.

Para poder ajustar la metodología, además de adecuar la misma al alumnado, he tenido en cuenta el entorno educativo del centro de educación especial donde se desarrollará mi propuesta, y la normativa y política educativa de Castilla y León.

Esta metodología es activa y participativa, aunque en ocasiones debemos adaptar las sesiones al grupo debido a los factores externos que pueden afectar pudiendo modificar la actividad, enfocarlo desde otro punto de vista o trasladar la fecha en la cual realizar la sesión. Buscamos crear un espacio seguro y de confianza para poder llevar a cabo de manera libre y sin presiones esta intervención, ganando autoestima y potenciando su rendimiento educativo e individual.

Esta metodología tiene un enfoque creativo que utiliza la expresión artística como medio, no como producto final, para la expresión de las emociones y el autoconocimiento.

Para la propuesta de intervención centrada en la arteterapia, todo lo anterior ha sido de utilidad para poder conocer la tipología de las actividades que podía realizar, su duración y la ratio de alumnos más adecuado para llevar a cabo las actividades.

En ocasiones utilizaremos a lo largo de las actividades el aprendizaje cooperativo donde todos los elementos del grupo tienen un rol fundamental. Realizaremos también sesiones en parejas y actividades individuales para la introspección personal.

Las actividades están interrelacionadas, pero tienen un carácter independiente. Todas buscan disminuir los criterios diagnósticos del trastorno de conducta en alumnado con discapacidad intelectual moderada para mejorar, mediante la arteterapia, aspectos personales y de comunicación, que afectan negativamente a su vida cotidiana.

5.2 DESTINATARIOS

Esta propuesta de intervención va orientada a la Educación Básica Obligatoria en la etapa 2; este tipo de alumnado al que va destinado se encuentra en un centro de educación especial presentando sintomatologías de Discapacidad Intelectual y de Trastorno de Conducta. Estas actividades están orientadas a la disminución de los criterios que el manual DSM-5 usa para el diagnóstico del trastorno de conducta. Estos son: la agresión a personas y animales, la destrucción de la propiedad, el engaño o robo y el incumplimiento de las normas.

Se diseñará bajo una perspectiva de carácter holístico para su aplicación en el aula pudiendo aplicar estas intervenciones en toda la etapa de EBO, adecuando siempre la propuesta a las características del alumnado, el aula, la situación y las peculiaridades o contratiempos que puedan surgir durante su aplicación.

El grupo es heterogéneo en intereses y sus edades varían de los 14 a los 17 años, por ello mantener su atención y el interés por las actividades es necesario para desarrollar adecuadamente este proceso.

Asimismo, para su diseño he tenido presente los objetivos que se buscan alcanzar. En esta ocasión, buscamos diseñar una propuesta de intervención de carácter educativo para la mejora del trastorno de conducta en alumnado con DI y TC adaptado a un nivel educativo de EBO2. Para poder llevar a cabo esta intervención debemos iniciar por una presentación clara de las actividades, y durante la realización de éstas mencionar pausadamente los pasos a seguir apoyando al alumnado en su proceso. Cada actividad estará más estrechamente relacionada con cada uno de los criterios diagnósticos, pero, en ocasiones, una misma actividad trabajará de manera simultánea diversos criterios.

5.3 ORIENTACIONES DIDÁCTICAS

Para el desarrollo de las actividades de la propuesta de intervención centradas en el alumnado con discapacidad intelectual y el trastorno de conducta buscamos conseguir una mejora en la regulación emocional, el bienestar y la calidad de vida de los individuos, reducir, las conductas disruptivas y potenciar el desarrollo de habilidades sociales, inclusivas y la creación de entornos adaptativos a las necesidades específicas.

Se recomienda crear un espacio acogedor seguro donde el alumnado se sienta cómodo, al igual que a la creación de un espacio dedicado a la relajación por si se sienten abrumados. Las sesiones de arteterapia deben seguir cierta regularidad para evaluar el progreso. Para una mejor aplicación, trabajar juntamente con los distintos docentes, psicólogos y personal de apoyo es clave. Para ello realizar reuniones regulares entre los componentes de manera periódica permite evaluar, ajustar las estrategias y discutir el progreso del alumnado.

La formación del profesorado y los terapeutas en la arteterapia y en el manejo del alumnado con trastorno de conducta debe ser constante y continua para poder adaptar las actividades a las necesidades personales de cada individuo. Otra consideración a tener en cuenta es permitir al alumnado la exploración libre en las técnicas artísticas y con los distintos medios. Si es posible, involucrar a las familias en esta terapia centrada en el arte permitirá un enfoque colaborativo.

Finalmente celebrar los logros de los alumnos y los avances fomenta su motivación por las actividades.

5.4 ACTIVIDADES

En la secuencia de ocho actividades trabajaran las cuatro variables agrupadas en; agresión a personas y animales, destrucción de la propiedad, engaño o robo y el incumplimiento de las normas. A su vez, estas cuatro variables abarcan en ellas otras.

La agresión a personas y animales incluye amenazas, acoso o peleas, los daños a una tercera persona, al igual que crueldad a nivel físico a personas o animales. Por otra parte, se encuentra también en este punto el robo con enfrentamiento y la violación sexual.

La destrucción a la propiedad hace referencia a la destrucción deliberada para causar daños graves y a la provocación intencionada de fuego.

En el apartado de engaño o robo encontramos actitudes y acciones invasivas a propiedades, la ocultación de la verdad para conseguir beneficios o no tener responsabilidades y los robos sin violencia.

En el ultimo apartado, orientado a el incumplimiento con gravedad de las normas como salir sin permiso, pasar en dos ocasiones la noche fuera o estar ausente en el hogar y, por último, no acudir a la escuela. Estos factores se comienzan a dar antes de cumplir 13 años.

ACT 1 ACT 2 ACT 3 ACT 4 ACT 5 ACT 6 ACT 7 ACT 8

	ACT 1	ACT 2	ACT 3	ACT 4	ACT 5	ACT 6	ACT 7	ACT 8
<i>Agresión a personas y animales</i>	SI	SI	SI			SI	SI	
<i>Destrucción de la propiedad</i>		SI						
<i>Engaño o robo</i>		SI		SI	SI	SI	SI	SI
<i>Incumplimiento de las normas</i>	SI	SI	SI	SI	SI	SI		SI

Tabla 2: Tabla de las variables de la intervención

5.4.1 Actividad 1

Título: Collage natural

- Temporalización: 2 sesiones

- Variables de la intervención que se tratan:
 - Agresión a personas y animales
 - Incumplimiento de normas

- Objetivos
 - Mejorar la regulación emocional y el autocontrol
 - Trabajar empatía y el respeto por las normas
 - Disminuir los comportamientos agresivos utilizando la expresión artística
 - Promover el respeto por las normas y la responsabilidad

- Materiales
 - Elementos naturales: piedras, ramas, flores y hojas
 - Pinturas
 - Pinceles
 - Papel con un gramaje alto o cartulina

- Metodología

En estas sesiones emplearemos una metodología adecuada para tratar la agresión hacia personas y animales, así como el incumplimiento de las normas. Para ello, recolectaran en el patio elementos naturales para, posteriormente, junto al material escolar, crear un collage en la cartulina mediante el cual expresar sus emociones en el proceso creativo de su obra. Promoveremos el autocontrol y la empatía durante el mismo, finalizando la actividad con una reflexión grupal sobre el tema tratado y la importancia de respetar las normas. La metodología es activa y colaborativa.

- Descripción de la actividad

Para realizar esta actividad, comenzaremos en el patio del centro, un jardín amplio o en un espacio al aire libre para recoger los materiales que se van a utilizar en esta sesión.

En primer lugar, introduciremos en el aula la actividad, daremos a conocer los objetivos y explicaremos acerca de la importancia del manejo de la agresión y del respeto de las normas, mencionaremos que el arte es un medio útil para expresar lo que sentimos y que hay veces que nos cuesta expresar.

Explicaremos en que consiste la actividad y que elementos naturales pueden recoger y para que los van a utilizar orientándoles con los materiales más idóneos (hojas, palos pequeños, piedras pequeñas) para poder utilizarlos de una mejor manera posteriormente, conociendo el espacio físico que van a tener para plasmar su obra (enseñaremos la hoja de papel o la cartulina donde van a llevar a cabo la actividad). Mencionaremos la importancia de respetar el entorno, las normas que tiene el patio y la importancia de evitar los conflictos y solucionar los problemas de manera adecuada.

La actividad comienza en el lugar donde hayamos decidido iniciarla, como puede ser el patio del centro. Allí los alumnos, con supervisión, recolectarán los elementos naturales a su gusto, durante este proceso respetarán las instalaciones, cuidarán el entorno y se adecuarán a las normas del patio. Este proceso durará aproximadamente 5 minutos. Si algún alumno necesita ayuda para recoger algún elemento se la daremos, pero cada uno será responsable de sus propios materiales. En esta recolecta cada alumno es responsable de sus propios materiales, si surge algún problema entre los alumnos proporcionaremos herramientas para su resolución (los dos quieren el mismo material y solo hay uno).

Una vez tengan recogidos todos los materiales volveremos al aula para comenzar con el proceso creativo. En éste los alumnos realizarán de manera individual su propia obra con los elementos escogidos anteriormente. Les daremos materiales escolares como pegamento, pinturas o pinceles para que, a su elección, utilicen o no éstos en su obra. Plasmarán en el papel o la cartulina los materiales con la disposición que prefieran intentando mostrar de esta manera lo que sienten. Como maestros estaremos ofreciéndoles un feedback positivo de su obra y asistiremos a los alumnos si es necesario.

Podemos poner música clásica o relajante durante este proceso; es aconsejable que realicen su obra de manera relajada evitando alteraciones.

Cuando acaben su obra, realizaremos una reflexión sobre el proceso creativo que han realizado durante la creación de la obra, hablaremos de los materiales escogidos y las emociones que han buscado expresar, nos podemos ayudar de las ruletas emocionales (anexo 1). En este paso podemos preguntar sobre sus experiencias con preguntas básicas como: ¿Cómo te has sentido durante la creación? ¿Qué parte del proceso te ha gustado más? ¿Por qué?. Estas preguntas se harán de manera oral y se adaptarán a cada individuo y a su obra, celebrando los logros de cada uno.

Finalmente compartiremos en círculo las experiencias de la clase acerca de la obra propia creada y reflexionaremos sobre las emociones sentidas, respetando los turnos y las normas del aula. No se harán comentarios negativos de los trabajos de los demás y se escuchara activamente pudiendo hacer preguntas.

Para cerrar la actividad resumiremos los aprendizajes adquiridos de manera clara y como podemos aplicar esto a la vida cotidiana, nos centraremos en las normas, el respeto y en la no agresión. Antes de acabar la sesión pegaremos las obras creadas en el cocho de la clase a modo de “logros”.

La evaluación se realizará a nivel visual observando el comportamiento durante el transcurso de la actividad, si han respetado las normas, los turnos de palabra, no han realizado contestaciones inadecuadas y han controlado la agresividad e impulsividad.

Por otra parte, podemos realizar encuestas breves al entorno del alumno para evaluar la eficacia de la actividad.

5.4.2 Actividad 2

Título: La oca artística

- Temporalización: 1 sesión

- Variables de la intervención que se tratan:

- Agresión a personas y animales
 - Destrucción de la propiedad
 - Engaño o robo
 - Incumplimiento de las normas
- Objetivos
- Promover la expresión emocional con arte
 - Reflexionar sobre situaciones o dibujos
 - Desarrollar la empatía y la comprensión de emociones
 - Conocerse mejor y mejorar la expresión oral
 - Identificación emocional
 - Gestión emocional de emociones negativas
 - Desarrollar valores positivos de honestidad e integridad
 - Mejorar las habilidades comunicativas efectivas
 - Promover la búsqueda de soluciones
- Materiales
- Tablero de la oca artística (anexo 2)
 - Un dado
 - Lápices
 - Papel
 - Goma
 - Colores
- Metodología

Esta actividad trata los temas de la agresión, la destrucción de la propiedad, el engaño, el robo y el incumplimiento de las normas. Los alumnos juegan al tablero modificado de la oca (anexo 2) que promueve gestión y la expresión emocional. Iniciaremos explicando las reglas del juego, el orden de turnos y las casillas especiales. Cuando acabe el juego reflexionaremos de manera grupal sobre los aprendizajes. La metodología es activa y participativa, se aprende sobre las situaciones.

- Descripción de la actividad

Para la realización de esta actividad emplearemos el tablero que encontramos en el anexo 2. Nos sentaremos alrededor de una mesa con la oca de manera que esté accesible para todos los jugadores. Para comenzar a jugar explicaremos las reglas básicas de la oca, el orden de los jugadores (de derecha a izquierda) y la explicitación de las casillas diferentes.

Las casillas diferentes son las siguientes:

- Dos turnos sin tirar: el jugador que caiga en esta casilla debería estar dos turnos sin tirar.
- Retroceder casillas: cuando el jugador caiga aquí deberá retroceder el número de casillas marcado en cada una.
- Casilla pincel: esta casilla, con el dibujo de un pincel, hace la función de la oca en el juego tradicional. Cuando caiga aquí deberá avanzar hasta la siguiente casilla con las mismas características. Deberá decir “de pincel en pincel y tiro a la cuenta de tres”. Después de avanzar a la casilla deberá volver a tirar.
- Casillas dibujo: Estas casillas representan algo (un lugar, un trofeo, un bosque, etc) y a continuación deberán responder a la pregunta que corresponda.
- Cárcel: si se encuentra en esta casilla debe estar 2 turnos sin tirar.

Todos los jugadores arrancan en la casilla de salida; se decide quien comienza mediante el dado: quien saque el número más alto empieza.

En cada turno se lanza el dado y se mueve la ficha que corresponda el número de casillas que indique. A medida que se avance y se caiga en las distintas casillas, se responderán a las preguntas planteadas. Nosotros debemos guiar dichas preguntas para conseguir fomentar una comunicación efectiva. El juego acaba cuando todos los ganadores llegan al final, a la casilla de fin. Gana el primer jugador en llegar a dicha casilla.

Cuando el juego termine analizaremos lo que más y lo que menos ha gustado a lo largo de la actividad, que han aprendido y como se han sentido a medida que jugaban. Podemos especificar y adaptar tanto el juego como las preguntas de la propia oca de manera oral, adaptándonos a las características del alumnado. Hay que destacar que la oca esta

realizada con casillas reemplazables unidas con velcro para una mejor adaptación de la actividad a otras aulas o alumnado.

La evaluación de esta actividad la podemos realizar con una observación directa en la que valoramos la participación que ha tenido a lo largo de la actividad, la expresión y reflexión emocional y la interacción con el resto de los alumnos del aula. Se deberá respetar el turno y a los compañeros en todo momento.

Podemos realizar una escala de evaluación de cambio, para ello evaluaremos los conocimientos acerca de los aspectos mas destacables del juego: la empatía, la expresión, la comunicación y la identificación de emociones. Podemos utilizar escalas que califiquen del 1 al 5 los conocimientos sobre los temas.

5.4.3 Actividad 3

Título: Moldeando el comportamiento

- Temporalización: 2 sesiones
- Variables de la intervención que se tratan:
 - Agresión a personas y animales
 - Destrucción de la propiedad
 - Incumplimiento de las normas
- Objetivos
 - Fomentar el desarrollo de la empatía
 - Potenciar la comprensión emocional
 - Mejorar las habilidades comunicativas de resolución de conflictos mediante el proceso creativo
 - Mejorar la expresión emocional y las conductas negativas
 - Crear un espacio seguro y de confianza
 - Conocer los efectos emocionales de destruir o romper cosas
 - Promover el respeto y la honestidad
 - Cumplir las normas
 - Promover la comunicación y la expresión efectiva

- Materiales:

- Arcilla
- Herramientas de moldeado
- Elementos para proteger la superficie de trabajo
- Agua y recipientes
- Esponjas
- Cartulinas

- Metodología

Estas sesiones abordan la destrucción a la propiedad y el incumplimiento de las normas, emplearemos la arcilla para crear en primer lugar figuras que representen conductas negativas, reflexionaremos sobre ellas y posteriormente transformaremos esas figuras en otras que representen conductas positivas o soluciones. Volveremos a reflexionar sobre las soluciones, la empatía, el respeto y la honestidad. Buscamos crear un espacio seguro para la expresión, Usamos principios metodológicos de la arteterapia y la participación.

- Descripción de la actividad

Para llevar a cabo esta actividad se utiliza la arcilla como medio de expresión iniciaremos la presentación de la actividad y la relacionaremos con la importancia de conocer y manejar las normas y los efectos de la destrucción de la propiedad, el engaño y la agresión.

Después de explicar con ejemplos claros la importancia del tema hablaremos sobre las conductas problemáticas y sobre la necesidad de manejarlas y buscar soluciones eficaces y adecuadas a cada situación.

Cuando se haya finalizado la explicación comentaremos detalladamente en qué consiste la actividad. Los alumnos deberán crear figuras con la arcilla que represente una conducta negativa, pueden utilizar las herramientas ofrecidos o las manos. Estas formas, debemos mencionar, que no deben ser perfectas, lo importante de esta actividad es disfrutar del proceso e intentar plasmar lo que pensamos cuando nos dicen agresión, destrucción, engaño o incumplimiento de las normas.

Posteriormente se compartirán las figuras creadas y se fomentará, mediante preguntas, la expresión emocional relacionada con su obra. Una vez todos los alumnos hayan acabado de reflexionar en alto sobre su creación pasaremos a la segunda parte: de manera oral mencionaremos diversas maneras de resolver los conflictos relacionados con los temas anteriores. Estos comentarios son pacíficos y respetuosos, tratando de resolver los conflictos de forma efectiva y adecuada.

Una vez se haya mencionado lo anterior los alumnos deberán volver a moldear la misma pieza de arcilla, pero esta vez representando una situación positiva relacionada con la resolución del conflicto. Cuando finalicen volverán a compartir su obra y a reflexionar sobre la misma. Estas figuras pueden representar el respeto o la cooperación para solucionar un problema. Durante esta actividad somos guías, ayudaremos a todos los alumnos y orientaremos la actividad, apoyando positivamente su esfuerzo.

La evaluación será mediante la observación, la manera de trabajar la actividad, la implicación y la reflexión que ha realizado con ayuda de las preguntas guías que hacemos e iremos adaptando según el alumnado.

5.4.4 Actividad 4

Título: Aprendiendo a respetar las normas del aula

- Temporalización: 2 sesiones

- Variables de la intervención que se tratan:
 - Destrucción de la propiedad
 - Engaño o robo
 - Incumplimiento de las normas

- Objetivos
 - Fomentar el desarrollo de la empatía
 - Potenciar la comprensión emocional
 - Mejorar las habilidades comunicativas mediante el proceso creativo
 - Mejorar la expresión emocional

- Crear un espacio seguro y de confianza

- Materiales

- Hojas en blanco
- Lápices y rotuladores de colores
- Tijeras
- Pegamento
- Revistas de temas variados
- Cartulinas
- Cartas de situaciones (preparadas con anterioridad y adaptadas a las características y necesidades del alumnado)

- Metodología

Esta actividad trata los temas de destrucción de la propiedad, el engaño y el robo y el incumplimiento de las normas. Para su desarrollo cada alumno recibirá una carta de situaciones cotidianas concretas relacionadas con estos temas. Usando el material escolar representarán las situaciones que indican las cartas, sin colorearlas. Posteriormente, reflexionaran sobre lo diseñado y los sentimientos usando las ruletas emocionales. Finalmente, acaban de colorear sus obras y volverán a reflexionar grupalmente sobre la importancia de ser honestos y seguir las normas. La metodología es activa y valora el esfuerzo y la empatía.

- Descripción de la actividad

Para el desarrollo de esta actividad, que realizaremos en el aula, comenzaremos explicando sobre la importancia de las normas y los efectos que tienen los robos y los engaños. Mencionaremos, con ejemplos adaptados a la clase, experiencias o situaciones que puedan entender y explicaremos que significa engañar y robar y la importancia de ser personas honestas, sinceros y veraces con nuestras palabras y actos.

La actividad comienza con el reparto individual de “las cartas de las situaciones”. Otorgaremos una a cada alumno. De manera individual leerán la carta (si no saben leer o tienen dificultades se la leeremos en alto), una vez todos la hayan leído explicaremos en

que consiste la actividad. En una hoja en blanco y utilizando todos los recursos del aula deberán plasmar lo que expresa su carta, no deben dibujarlo, sólo representarlo. Esto se realiza de manera individual. Las situaciones que aparecerán en las cartas serán de situaciones cotidianas que ellos mismos pueden presenciar o han vivido. Ejemplos de estas situaciones pueden ser: pillar a un amigo suyo haciendo trampas en un juego, encontrarse una cartera en la calle, ver como unos ladrones roban en una tienda, etc.

Cuando hayan acabado de representar la circunstancia plasmada en su carta, nos pondremos en círculo con el resto de los alumnos y se explicará de manera individual y oral lo que ponía en su carta y lo que han representado. Deben respetar los turnos. Durante este periodo de reflexión preguntaremos sobre como se sienten las personas engañadas o que han sufrido un robo (recordaremos la información que hemos dado en un inicio para una mejor explicación). Podemos utilizar las ruletas emocionales del anexo 1 para identificar las emociones (seremos guías constantes a lo largo de la actividad ofreciendo apoyo a todos los alumnos que lo necesiten). A continuación, una vez hayan acabado todos los alumnos se comenzará a colorear y a decorar su obra para finalizarla; podemos usar los colores con los cuales se relacionan las emociones para un mejor entendimiento acerca de los sentimientos de cada personaje de la obra.

Finalmente compartiremos de manera grupal todos los dibujos y preguntaremos a nivel general las obras, reflexionando acerca de la importancia de cumplir las normas y no robar ni engañar.

La evaluación se puede realizar observando si su participación ha sido o no activa a lo largo de la sesión, realizar una valoración del esfuerzo ante la actividad y la reflexión que ha realizado cada alumno sobre la honestidad. Sera de valorar también el respeto del turno y la empatía por los compañeros.

4.4.5 Actividad 5

Título: Mi baúl del tesoro

- Temporalización: 2 sesiones
- Variables de la intervención que se tratan:

- Destrucción de la propiedad
- Engaño o robo
- Incumplimiento de las normas
- Materiales
 - Hojas en blanco
 - Cajas de cartón
 - Tijeras
 - Pegamento
 - Elementos decorativos
 - Revistas
 - Ruedas emocionales (anexo 1)
 - Hojas de colores
 - Lápices y rotuladores de colores
- Objetivos
 - Trabajar la empatía
 - Potenciar la comprensión y expresión emocional
 - Conocer los efectos emocionales de destruir o romper cosas
 - Promover el respeto
 - Cumplir las normas
 - Promover la comunicación y la expresión efectiva
- Metodología

La metodología de esta actividad se basa en los principios de la arteterapia para tratar los temas relacionados con el trastorno de conducta abordando la destrucción de la propiedad, el engaño o el tobo y el incumplimiento de las normas. Esta actividad busca fomentar la empatía hacia los demás, mejorar la comprensión emocional ante situaciones concretas y expresarse y reflexionar mediante el proceso creativo.

- Descripción de la actividad

Iniciaremos esta actividad presentando de manera clara el tema y la importancia de cuidar las cosas, tanto nuestras como las de los demás, y cumplir las normas. Explicaremos de

la manera en la que nos puedan entender, con un ejemplo que puedan conocer o hayan vivido, que significa destruir algo que no nos pertenece, las implicaciones emocionales de la otra persona y la importancia que tiene seguir las normas para tener un comportamiento adecuado.

Explicaremos la actividad: deben decorar la caja de cartón para posteriormente guardar en ella objetos que consideran valiosos. Esta actividad se realiza de manera individual.

Posteriormente, daremos una caja de cartón a cada uno de los alumnos que deberán decorar la caja. Ésta representa un espacio seguro donde guarda objetos valiosos. Una vez tengan la caja decorada, recortara y dibujaran objetos que para ellos son valiosos y los meterán dentro de ella.

Al acabar este proceso creativo explicarán, con ayuda de preguntas que haremos para facilitar y mejorar su expresión, el por qué, de los objetos que han introducido dentro, son valiosos para ellos y por qué piensan que tienen que ser cuidados.

Implementando el anexo 1, identificaremos las emociones (en esta aula están comenzando a identificar más emociones más allá de las básicas); para ello realizaremos preguntas sobre cómo se sienten cuando alguien rompe algo suyo e intentar identificar la causa o el motivo de esa emoción. Después de la identificación realizaremos una reflexión grupal que permita expresarse acerca de cómo se sentirían si alguien rompe su “baúl” del tesoro. Resaltaremos la importancia de cuidar las cosas y de respetar las normas, al igual que la necesidad de tener respeto por los demás y por sus objetos personales.

La evaluación de esta actividad se puede realizar de manera activa observando la participación del alumnado en las reflexiones y realización de la actividad, podemos evaluar su manera de expresar y la interacción con los demás. En todo momento apoyaremos el trabajo y el esfuerzo realizado en la actividad.

5.4.6 Actividad 6

Título: La importancia de respetarse

- Temporalización: 2 sesiones

- Variables de la intervención que se tratan:
 - Agresión a personas y animales
 - Destrucción de la propiedad
 - Engaño o robo
 - Incumplimiento de las normas

- Materiales
 - Hojas de papel
 - Lápices
 - Pinturas y rotuladores de colores

- Objetivos
 - Identificar las situaciones problemáticas
 - Conocer las implicaciones de los comportamientos problemáticos
 - Desarrollar habilidades resolutivas
 - Fomentar la comunicación efectiva
 - Aprender a manejar las conductas agresivas o negativas
 - Fomentar la empatía
 - Mostrar respeto por los demás

- Metodología

Para la realización de esta actividad usaremos una metodología basada en los juegos de rol, esto nos permitirá observar y reflexionar sobre situaciones problemáticas actuales y comunes. Los alumnos se dividirán en dos grupos y cada uno representara una escena relacionada con la agresión, la destrucción de la propiedad, el engaño o el robo y el incumplimiento de las normas. Cuando acaben la representación, reflexionaremos sobre las experiencias y sentimientos para aprender sobre el tema tratado. Con la participación conseguimos una mayor implicación, fomentar la empatía y la importancia de respetar a las personas y de cumplir las normas.

- Descripción de la actividad

Esta actividad se desarrolla en el aula, iniciaremos la sesión explicando acerca de la importancia que tiene respetar a los demás y a uno mismo. Podremos ejemplo concretos y claros, para que nos entiendan sobre conductas problemáticas o incumplimiento de normas que no respetan a los demás. Los temas que se abordaran son la agresión, la destrucción de la propiedad, el engaño o el robo y el incumplimiento normativo establecido.

Se formarán dos grupos en el aula, a cada uno se le asignara un tema a tratar. Con ello se les entregará un papel con una situación problemática (según las características del aula puede ser un guión o una situación problemática), las situaciones que aparecen son comunes. Algunos ejemplos de esto son: un alumno pega a otro en el recreo, un niño no cumple las normas en clase, etc.

Posteriormente se pasará a la representación de la situación, para ello daremos un tiempo determinado para formar la escena. En esta representación participan todos los miembros del equipo. Cuando se acabe la representación realizaremos preguntas que guiarán las respuestas de los alumnos. Estas preguntas son respecto a la escena, que ocurrió en ella, como se sintieron los personajes, como se solucionaría esa problemática, etc. Escribiremos los puntos claves de lo anterior en la pizarra para escribir las conclusiones y reflexionar sobre ellas.

La evaluación de esta actividad será directa, se evaluará la participación y la comprensión de la necesidad de cumplir las reglas, comprender que es una conducta negativa y valoraremos también la interacción con los compañeros.

5.4.7 Actividad 7

Título: El mural del cambio

- Temporalización: 2 sesiones

- Variables de la intervención que se tratan:
 - Destrucción de la propiedad
 - Agresión a personas y animales

- Engaño o robo

- Materiales
 - Mural grande de papel
 - Lápices y rotuladores de colores
 - Pegamento
 - Tijeras
 - Cartulinas
 - Papel de colores

- Objetivos
 - Identificar las emociones
 - Expresar las emociones mediante el arte
 - Conocer la importancia de seguir las normas y las consecuencias de la destrucción de la propiedad, la agresión, el engaño y el robo
 - Desarrollar habilidades que ayuden a manejar emociones como la ira, la honestidad y el respeto
 - Trabajar la empatía hacia los demás

- Metodología

Para esta actividad explicaremos la importancia de manejar correctamente los comportamientos que nos llevan a destruir, agredir, engañar y robar. Mostraremos los comportamientos problemáticos y las consecuencias de éstos. Para ello, dividiremos una hoja en cuatro partes, en cada recuadro deberán representar las emociones que sienten ante cada una de las situaciones de conflicto. Posteriormente compartirán los dibujos para reflexionar sobre ellos, los recortan individualmente y los pegarán en un mural, en el apartado de conductas conflictivas. En la segunda sesión, centrada en los comportamientos positivos, buscaremos y representaremos como y qué emoción nos transmite resolver un conflicto. La representación realizada se vuelve a hacer con la misma plantilla. Cuando esté finalizado cortarán cada dibujo y los pegaran en el mural,

en el apartado de conductas positivas. Cuando acabe la actividad reflexionaremos sobre el aprendizaje adquirido y la gestión emocional.

- Descripción de la actividad

Para desarrollar esta actividad explicaremos a los alumnos la importancia de identificar y de manejar los aspectos reaccionados con la destrucción, la agresión el engaño y el robo. Mencionaremos que son los comportamientos problemáticos y la importancia que tiene encontrar unas respuestas adecuadas y eficaces para manejarlos y reducirlos: explicaremos las implicaciones que tiene en los demás y daremos respuesta a las preguntas que puedan surgir.

Ofreceremos a los alumnos una hoja dividida en cuatro partes, en cada una de ellas están los títulos de: cuando rompen algo mío, cuando estoy enfadado, cuando me engañan o hacen trampas y cuando me quitan algo. Estas situaciones se podrán adecuar a cada alumno a nivel individual según sean sus necesidades y características adaptando los escenarios de conflicto al nivel educativo.

La actividad consiste en la realización individual de emociones, para ello deberán representar, con los materiales que quieran, en cada recuadro de la hoja la emoción que les transmita esa situación y poner el nombre de esa emoción. Pueden guiarse por las ruletas emocionales del anexo 1. Cuando completen esta actividad deberán compartir con los demás su dibujo y expresar por qué se han sentido así en cada ocasión y que ha causado esa reacción en ellos.

Cuando se haya finalizado la creación de los dibujos deberán recortar por las líneas cada recuadro, posteriormente pondremos un mural con estos sentimientos. En la segunda parte de la actividad realizaremos lo mismo, pero con emociones positivas que sean la solución de los conflictos anteriores, la identificación de estas emociones positivas y el que ha llevado a cabo ese cambio de emoción, es lo que deberán representar.

La identificación de las soluciones a los escenarios de conflicto se hará de forma oral, somos los guías de esta actividad, por lo tanto, ayudaremos y orientaremos a los alumnos en la realización de esta actividad. Después, una vez identificada, en otra hoja dividida en cuatro partes, escribiremos qué puede solucionar ese problema y la emoción final (que

será la contraria a la representada en la primera actividad). Cuando finalicen todos los alumnos, lo recortaremos por recuadros y lo pagaremos en el “mural del cambio”.

Este mural esta dividido en dos, la primera parte de comportamientos problemáticos y la segunda parte de resolución a esos comportamientos problemáticos.

Para finalizar la actividad realizaremos una reflexión sobre lo que hemos aprendido y como hemos identificado las emociones y como las hemos manejado. Reforzaremos la importancia de ser honestos y de reducir la agresión y la destrucción de propiedades ajenas.

La evaluación se puede realizar de manera activa mediante la participación del alumnado en la actividad, en la identificación emocional y en la iniciativa en la decoración del mural. Debemos escuchar como expresan las emociones y apoyar positivamente estas interacciones.

5.4.8 Actividad 8

Título: Las normas hay que cumplirlas

- Temporalización: 1 sesión
- Variables de la intervención que se tratan:
 - Destrucción de la propiedad
 - Engaño o robo
 - Incumplimiento de las normas
- Materiales
 - Pictogramas impresos o dibujados sobre las normas de la clase o del colegio
 - Papel en blanco
 - Lápices y rotuladores de colores
 - Tijeras
 - Pegamento
 - Cartulina grande (una para el aula)

- Pintura de manos
 - Pinceles
- Objetivos
- Ser conscientes de la importancia de las normas
 - Desarrollar habilidades comunicativas efectiva
 - Fomentar el respeto en el aula
 - Transmitir mediante el arte
- Metodología

La metodología de esta actividad se basa en la modificación de los pictogramas para recordar la importancia de cumplir las normas. Tras una explicación inicial de las normas del aula los alumnos eligen un pictograma para modificarlo de manera creativa sin transformar la norma representada. Después presentar su pictograma a la clase y tras una reflexión oral grupal, se colocará en una cartulina junto al resto de pictogramas modificados sirviendo recordatorio permanente. Con esta metodología fomentamos la creatividad, la cooperación, el respeto y el cumplimiento de las normas.

- Descripción de la actividad

Para la realización de esta actividad, que realizaremos en el aula explicaremos a los alumnos, de manera clara, la importancia de respetar las normas. En esta ocasión pondremos los pictogramas de ejemplo (ejemplo: prohibido comer en clase y el pictograma de prohibido comer). Explicaremos que son las normas y la importancia que tienen, los pictogramas nos sirven de ayuda para recordarlas, nos centraremos en las normas de la clase.

En primer lugar, presentaremos a los alumnos las normas que hay en la clase y el pictograma asociado. Una vez se haya acabado esta presentación, cada alumno escoge uno de los pictogramas para modificarlo y crear así su propio pictograma. Es recomendable que cada alumno escoja uno diferente para no repetirse.

El siguiente paso es modificar el pictograma, deben tener en cuenta, y se lo recordaremos a lo largo de la actividad, que la norma que expresa el pictograma no tiene que perderse,

tiene que seguir reconocible. Para ello pueden utilizar los materiales anteriores como lápices o rotuladores para añadir o cambiar los elementos del pictograma. Podemos proponer que cambien las expresiones faciales o añadir más personajes; somos los guías de la actividad, debemos orientar y ayudar a los alumnos si se encuentran perdidos o tienen dudas al respecto.

Cuando todo el alumnado haya acabado su pictograma modificado se compartirá con la clase, los alumnos tienen que adivinar sobre que norma se trata (se ha trabajado al inicio de la clase y tienen los pictogramas originales presentes). Cuando se adivine esa norma, reflexionaremos a nivel grupal sobre su importancia, además, discutiremos acerca de qué pasa si no se respeta esa norma.

Una vez acabada la reflexión recordaremos los puntos claves del cumplimiento de las normas y compartiremos estrategias para asegurarse del cumplimiento de éstas. El aula debe presentarse como un lugar seguro y de respeto para todos los alumnos. Con esto conseguimos una mejor expresión y un ambiente idóneo para el aprendizaje.

Finalmente, en la cartulina del aula, cada alumno pegará su propio pictograma. Colocaremos la cartulina en el aula de manera visible para recordar la importancia de las normas, en esta ocasión, del aula y el colegio.

La evaluación se llevará a cabo mediante la observación, evaluaremos la participación en la actividad, la comprensión de las normas y lo que representan y como se han relacionado con el resto de los compañeros.

5.5 RÚBRICA DE EVALUACIÓN

Para la valorar el programa, hemos diseñado un rubrica evaluativa. Los ítems que presentaremos son los siguientes:

- Disminución de la conducta agresiva: observar si los comportamientos agresivos hacia personas o animales han disminuido durante la actividad.

- Disminución de la conducta destructiva: observar si los comportamientos que impliquen destrucción a la propiedad han disminuido durante la actividad.
- Disminución de engaño o robos: observar si los comportamientos de robo o engaño han disminuido durante la actividad.
- Cumplimiento de las normas: observar el cumplimiento adecuado de las normas del aula y del entorno.
- Participación: medición de la involucración y la contribución en las actividades grupales e individuales.
- Creatividad: evaluación de la innovación y la originalidad en los procesos artísticos.
- Trabajo en Grupo: medición de la capacidad de colaborar, respetar y trabajar con los compañeros.
- Manejo de materiales: evaluación del cuidado de los materiales.
- Expresión emocional: capacidad identificativa y expresiva de las emociones de manera clara y efectiva.
- Esfuerzo y perseverancia: nivel de esfuerzo y perseverancia en las distintas actividades propuestas.

CRITERIO	EXCELENTE (4)	BUENO (3)	SATISFACTORIO (2)	INSATISFACTORIO (1)
Disminución de la conducta agresiva	No muestra conductas agresivas en ningún momento.	Muestra conductas agresivas en raras ocasiones.	Muestra conductas agresivas ocasionalmente.	Muestra conductas agresivas con frecuencia.
Disminución de la conducta destructiva	No muestra conductas destructivas en ningún momento.	Muestra conductas destructivas en raras ocasiones.	Muestra conductas destructivas ocasionalmente.	Muestra conductas destructivas con frecuencia.
Disminución de engaño o robos	No muestra engaños o robos en ningún momento.	Muestra engaños o robos en raras ocasiones.	Muestra engaños o robos ocasionalmente.	Muestra engaños o robos con frecuencia.
Cumplimiento de las normas	Siempre cumple las normas establecidas.	Cumple las normas la mayor parte del tiempo.	Necesita recordatorios, a veces cumple las normas.	Rara vez cumple las normas y necesita recordatorios constantemente

Participación	Participa activamente en todas las actividades.	Participa en la mayoría de las actividades.	Participa en algunas actividades, pero con poco interés.	Se muestra desinteresado ante las actividades y rara vez participa en ellas.
Creatividad	Demuestra alta creatividad y originalidad en sus trabajos artísticos.	Muestra creatividad y originalidad en la mayoría de los trabajos artísticos.	Muestra algo de creatividad, pero sus trabajos son generalmente comunes.	Sus trabajos carecen de creatividad y originalidad
Trabajo en Grupo	Colabora muy bien con los compañeros mostrando ayuda y respeto por ellos.	Colabora bien con los compañeros, en ocasiones necesita recordatorios para trabajar en el grupo	Colabora de manera ocasional con los compañeros, tiene dificultades para trabajar en grupo.	Tiene problemas para colaborar y trabajar en grupos.
Manejo de materiales	Usa los materiales de manera adecuada y responsable, no los daña.	Usa los materiales de manera adecuada la mayor parte del tiempo.	Usa los materiales de manera adecuada en ocasiones puntuales, puede dañarlos.	Usa los materiales de manera inadecuada y sin ningún tipo de cuidado.
Expresión emocional	Expresa sus emociones claramente en los trabajos artísticos.	Expresa sus emociones en gran parte de los trabajos artísticos	Tiene dificultades para expresar sus emociones de forma clara en los trabajos artísticos.	No expresa sus emociones en los trabajos artísticos.
Esfuerzo y perseverancia	No se rinde ante las dificultades o problemáticas, siempre se esfuerza al máximo.	En la mayoría de las ocasiones se esfuerza y persiste ante dificultades concretas.	Muestra esfuerzo en actividades concretas, pero se rinde fácilmente ante dificultades.	Muestra poco esfuerzo y se rinde ante la primera dificultad.

6. CONCLUSIÓN

Con este TFG se ha pretendido diseñar una propuesta de intervención basada en la arteterapia para ser aplicada en el aula de EBO2 dentro de un centro de educación especial con alumnado con discapacidad intelectual moderada y que presente trastornos de conducta. Dicha propuesta de intervención se ha fundamentado en variables operativas que configuran dicho cuadro clínico y se vertebra a lo largo de un trimestre. El análisis

teórico de los títulos y de estudios relacionados me han permitido extraer conclusiones de carácter relevante aplicables en el ámbito educativo.

A nivel teórico, nos encontramos aspectos que destacan la complejidad y la necesidad de realizar adecuadamente una intervención multidisciplinaria que fomente el bienestar y la integración del alumnado con discapacidad intelectual y el trastorno de conducta.

Las variables que interfieren en el desarrollo del trastorno de conducta, según el DSM-5 son la agresividad, el engaño o el robo, el incumplimiento de las normas y la destrucción a la propiedad. Estos aspectos afectan notablemente al desarrollo de un rendimiento educativo adecuado y a la creación de relaciones sociales sanas y duraderas. Abordar integralmente los comportamientos que interfieren en estos aspectos, al igual que en los factores influyentes en el desarrollo de este trastorno, como afirman autores como Herbert (1987) y Greene (2014), es clave para la realización de un programa efectivo.

Por otro lado, me gustaría mencionar las altas prevalencia que existen entre los trastornos de conducta y la discapacidad intelectual. Estas comorbilidades afectan negativamente al individuo complicando las intervenciones. Para ello es necesario abordar la problemática desde un enfoque integrador que abarque el bienestar del individuo, la situación psicológica, la situación académica y la situación conductual del alumnado. Las comorbilidades suelen afectar directamente en la implementación de los tratamientos de los distintos trastornos (Burke et al., 2002; Gadow et al., 2004; Loeber et al., 2000)

Finalmente, a nivel teórico me gustaría mencionar la evolución conceptual que han sufrido los conceptos de discapacidad intelectual y los trastornos de conducta. Estos conceptos han pasado de denominarlos personas marginadas en la Época Clásica, a ofrecerles protección por parte de la iglesia, aunque aún con cierto aislamiento en la Edad Media (Baker, 2002). En el Renacimiento se implementó la educación a nivel total, incluyendo a los individuos con discapacidad intelectual, este cambio surgió de la mano de Juan Luis Vives y John Locke (Cura, 2011; Locke, 1970). El siglo pasado el término pasó de ser “idiota” o “retrasado mental” a discapacidad intelectual por la implementación de la AAMIR y la lucha por los derechos humanos (Heber, 1959; Luckasson et al., 2002). Actualmente, en 2024, se destaca y enfatiza el respeto y la inclusión de estos individuos en todos los ámbitos (Schalock et al., 2010).

En este trabajo centrado en la intervención con arteterapia, una metodología emplea el proceso creativo para fomentar la gestión emocional, el desarrollo de las habilidades sociales y la disminución y prevención de las conductas disruptivas que causan malestar en el individuo en los diferentes ámbitos de su vida. Para ello nos centraremos en la tabla diagnóstica del trastorno de conducta para desarrollar actividades adaptadas a los alumnos con trastorno de conducta y discapacidad intelectual moderada el fin de potenciar su capacidad educativa. Esta intervención se desarrollará en un ambiente seguro y de carácter acogedor para facilitar su exteriorización emocional y la gestión de conflictos. Este programa de intervención ha demostrado como mediante la arteterapia se consigue mejorar la reflexión emocional proporcionando herramientas de identificación y gestión de las emociones. Se potencia el desarrollo de las habilidades sociales como la empatía por los demás, la cooperación y el respeto hacia otros. Finalmente, en esta propuesta buscamos reducir las conductas problemáticas disminuyendo su frecuencia y grado de severidad.

A pesar de los múltiples beneficios de la arteterapia, tiene ciertas limitaciones. Entre estas limitaciones, que afectan a mi propuesta, se encuentra la necesidad de formación de los terapeutas y los docentes en la arteterapia. Otro aspecto limitante es la variabilidad en las respuestas que pueden tener los distintos alumnos ante las mismas actividades propuestas. Finalmente, la arteterapia al ser una terapia “nueva” existen pocos estados relacionados con la aplicación de esta a alumnos que se encuentren en un centro de educación especial, en un aula de EBO2 y que a su vez presenten discapacidad intelectual moderada y trastorno de conducta, por lo cual, los efectos a largo plazo de la evaluación de la aplicación de la arteterapia requieren un seguimiento de carácter regular y detallado.

planteamiento futuro los resultados esperados

Para llevar a cabo este programa de forma efectiva es necesario una planificación detallada, conocer las características del alumnado y realizar las adaptaciones necesarias. La evaluación se basará en la observación directa, se emplearán herramientas estandarizadas para medir los avances en la regulación emocional y las habilidades sociales al igual que para la disminución de las conductas de carácter disruptivo al igual que in registro y un diario detallado para registrar los avances y problemas que aparecen. Se dará a los alumnos de manera constante un feedback constructivo y positivo resaltando sus logros

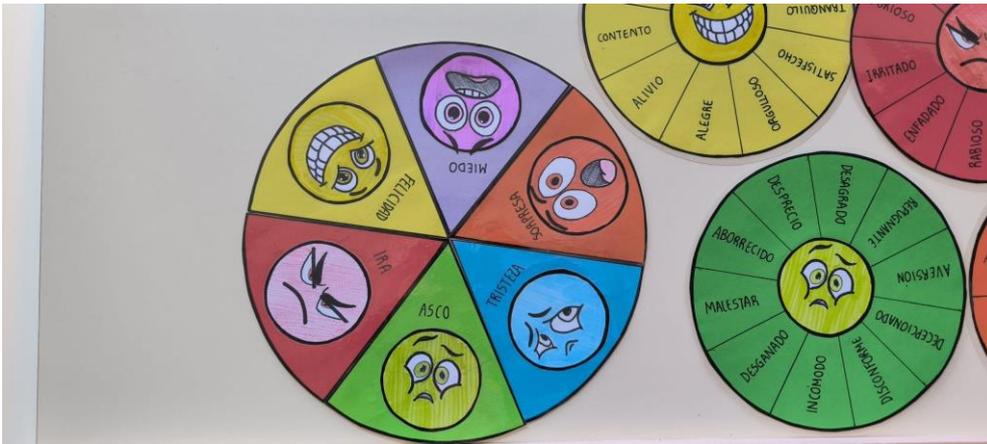
Se sugiere, en un futuro, seguir investigando y aplicando programas de arteterapia en distintos niveles educativos y tipos de discapacidades. Estos estudios se deberían centrar en la de pautas, protocolos y guías específicas, y la evaluación de los aspectos beneficiosos la arteterapia a largo plazo. Nuestro rol como profesores en educación especial es clave para lograr un desarrollo integral del alumnado en las distintas áreas de su vida.

Los resultados que esperamos de este programa incluyen una disminución de frecuencia y severidad de la conducta disruptiva, una mejora en el bienestar integral del individuo a nivel emocional y social, fortalecer la autoestima y el autoconcepto y, finalmente, alcanzar una integración efectiva en el centro escolar y social del alumno mejorando su calidad de vida y afectando positivamente al rendimiento escolar.

La arteterapia, combina las técnicas artísticas y terapéuticas para conseguir un desarrollo integral y una educación más inclusiva y adaptativa a las necesidades específicas del alumnado. La arteterapia es una herramienta útil para la intervención educativa en alumnos con discapacidad intelectual y trastorno de conducta.

7. ANEXO

Anexo 1



8. REFERENCIAS

- Achenbach, T. M., y Edelbrock, C. (1991). Child behavior checklist. *Burlington (vt)*, 7, 371-392.
- Adler, A., Sarró, R., y Brachfeld, F. O. (1941). *El sentido de la vida*. Luis Miracle.
- Ainsworth, M. S., y Bowlby, J. (1991). An ethological approach to personality development. *American psychologist*, 46(4), 333.
- Alcaide Spirito, C. A. R. M. E. N. (2001). *Expresión artística y terapia. Talleres de plástica para pacientes psiquiátricos en un hospital de día* (Doctoral dissertation, Universidad Complutense de Madrid).
- American Art Therapy Association. (s.f). *About art therapy*. American Art Therapy Association. Recuperado el 9 de marzo de 2024 de <https://arttherapy.org/about-art-therapy/>
- American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (1st ed.). American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (2nd ed.). American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (5th ed.). American Psychiatric Association.
- Angold, A., Costello, E. J., y Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 40(1), 57-87.
- Antonacci, D. J., Manuel, C., y Davis, E. (2008). Diagnosis and treatment of aggression in individuals with developmental disabilities. *Psychiatric Quarterly*, 79, 225-247.
- Araujo, G., y Gabelán, G. N. (2010). Psicomotricidad y arteterapia. *Revista electrónica interuniversitaria de formación del profesorado*, 13(4), 307-319.
- Art Therapy Credentials Board. (s.f) *Board certification (ATR-BC)*. Art Therapy Credentials Board, Inc. Recuperado el 20 de marzo de 2024 de <https://atcb.org/atr-bc/>
- Asociación Chilena de Arteterapia. (s.f.). *¿Qué es el Arte Terapia?* Asociación Chilena de Arteterapia, ACAT. Recuperado el 20 de marzo de 2024 de <https://www.arteterapiachile.cl/arte-terapia-1>
- Asociación Profesional Española de Arteterapeutas. (s.f.). *¿Qué es Arteterapia?* Asociación Profesional Española de Arteterapeutas. Recuperado el 23 de febrero de 2024 de <https://arteterapia.org.es/que-es-arteterapia/>

- Asociación Profesional Española de Arteterapeutas. (s.f.). *ATe Arteterapia*. Asociación Profesional Española de Arteterapeutas. Recuperado el 20 de marzo de 2024, de <https://arteterapia.org.es/>
- Axmon, A., Björne, P., Nylander, L., y Ahlström, G. (2018). Psychiatric diagnoses in relation to severity of intellectual disability and challenging behaviors: a register study among older people. *Aging y mental health*, 22(10), 1344-1350.
- Badilla Espinoza, F. (2011). Arte terapia—una manera de fortalecer la autoestima.
- Ballesta, A. M., Vizcaíno, O., y Mesas, E. C. (2011). El Arte como un lenguaje posible en las personas con capacidades diversas. *Arte y políticas de identidad*, 4, 137-152.
- Barkley, R. A. (Ed.). (2014). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. Guilford Publications.
- Bassols, M. (2006). La arteterapia, un acompañamiento en la creación y la transformación. *Arteterapia. Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 1, 19-25
- Bazargan, Y., y Pakdaman, S. (2016). The effectiveness of art therapy in reducing internalizing and externalizing problems of female adolescents. *Archives of Iranian medicine*, 19 (1), 0-0.
- Beck, J. S. (2020). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond*. Guilford Publications.
- Blackburn, R., y Howlin, P. (2004). *Autism and Asperger Syndrome: Preparing for Adulthood*. Routledge.
- British Association of Art Therapists. (s.f.). *What is art therapy?* British Association of Art Therapists. Recuperado el 27 de marzo de 2024 de <https://baat.org/art-therapy/what-is-art-therapy/>
- British Association of Art Therapists. (s.f.). *Art therapy*. British Association of Art Therapists. Recuperado el 26 de marzo de 2024, de <https://www.baat.org/art-therapy>
- Brooke, S. L. (Ed.). (2006). *Creative arts therapies manual: A guide to the history, theoretical approaches, assessment, and work with special populations of art, play, dance, music, drama, and poetry therapies*. Charles C Thomas Publisher.
- Bryson, S. E., Bradley, E. A., Thompson, A., y Wainwright, A. (2008). Prevalence of autism among adolescents with intellectual disabilities. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 53(7), 449-459
- Burke, J. D., Loeber, R., y Birmaher, B. (2002). Oppositional defiant disorder and conduct disorder: a review of the past 10 years, part II. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(11), 1275-1293.
- Burke, J. D., Waldman, I., y Lahey, B. B. (2010). Predictive validity of childhood oppositional defiant disorder and conduct disorder: implications for the DSM-V. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(4), 739

- Cabrera, D. M. C., y Polania, R. C. (2023). Influencia de inteligencia emocional y habilidades sociales en contextos escolarizados. Revisión sistemática. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(1), 9342-9359.
- Campusano Mena, E. D. (2011). Arteterapia en educación especial—na intervención de arteterapia con una persona con discapacidad intelectual
- Carvalho, M. D. R. (2001). Terapia cognitivo-comportamental através da Arteterapia. *Rev. psiquiatr. clín.(São Paulo)*, 318-321.
- Case, C., y Dalley, T. (2014). *The handbook of art therapy*. Routledge.
- Charlton, S., y Dalley, T. (1984). Art therapy with long-stay residents of psychiatric hospitals. *Art as therapy: An introduction to the use of art as therapeutic technique*, 173-190.
- Cheng, C., Elamin, M. E., May, H., y Kennedy, M. (2023). Drawing on emotions: the evolving role of art therapy. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 40(3), 500-502.
- Chinchilla, M. D. C. (2003). Creatividad, expresión y arte: Terapia para una educación del siglo XXI. Un recurso para la integración. *EA, Escuela Abierta*, 6, 129-147.
- Colder, C. R., Scalco, M., Trucco, E. M., Read, J. P., Lengua, L. J., Wieczorek, W. F., y Hawk, L. W. (2013). Prospective associations of internalizing and externalizing problems and their co-occurrence with early adolescent substance use. *Journal of abnormal child psychology*, 41, 667-677.
- Coll Espinosa, F. J. (2006). Arteterapia: Dinámicas entre creación y procesos terapéuticos.
- Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., y Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of general psychiatry*, 60(8), 837-844.
- Crick, N. R., y Grotpeter, J. K. (1995). Relational aggression, gender, and social-psychological adjustment. *Child development*, 66(3), 710-722.
- Cura, R. O. (2011). La filosofía educativa de Juan Luis Vives.
- Deb, S., Thomas, M., y Bright, C. (2001). Mental disorder in adults with intellectual disability. 1: Prevalence of functional psychiatric illness among a community-based population aged between 16 and 64 years. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45(6), 495-505.
- Duncan, N. (2007). Trabajar con las Emociones en Arteterapia. *Arteterapia. Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 2, 39-49.
- Einfeld, S. L., Piccinin, A. M., Mackinnon, A., Hofer, S. M., Taffe, J., Gray, K. M., ... y Tonge, B. J. (2006). Psychopathology in young people with intellectual disability. *Jama*, 296(16), 1981-1989.
- Emerson, E., y Hatton, C. (2007). Mental health of children and adolescents with intellectual disabilities in Britain. *The British Journal of Psychiatry*, 191(6), 493-499.

- Ertmer, P. A., y Newby, T. J. (1993). Behaviorism, cognitivism, constructivism: Comparing critical features from an instructional design perspective. *Performance improvement quarterly*, 6(4), 50-72.
- España. (2006). Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación, modificada por la Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre. *Boletín Oficial del Estado*. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2006-7899>
- Esquirol, É. (1838). *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal* (Vol. 1). Tircher.
- Ezpeleta, L., Domenech, J. M., y Angold, A. (2006). A comparison of pure and comorbid CD/ODD and depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(7), 704-712.
- Facultad de Educación y Trabajo Social. (s.f.). *Competencias*. Facultad de Educación y Trabajo Social. Recuperado el 20 de febrero de 2024 de <https://www.feyts.uva.es/index.php/node/92>
- Federación Española de Asociaciones Profesionales de Arteterapia. (s.f.). *¿Qué entendemos por arteterapia?* Federación Española de Asociaciones Profesionales de Arteterapia. Recuperado el 24 de marzo de 2024, de <https://feapa.es/feapa/>
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., y Lynskey, M. T. (1993). Maternal smoking before and after pregnancy: effects on behavioral outcomes in middle childhood. *Pediatrics*, 92(6), 815-822.
- Fernández, E. R. (2007). Aplicaciones del Arteterapia en aula como medio de prevención para el desarrollo de la autoestima y el fomento de las relaciones sociales positivas: " Me siento vivo y convivo"/" Art Therapy applications in the classroom as a preventive measure using artistic manifestations for the self esteem development and the fostering of positive social relationships:" I FEEL ALIVE AND CO LIVE". *Arteterapia*, 2, 275-291.
- Fombonne, E. (2003). Epidemiological surveys of autism and other pervasive developmental disorders: an update. *Journal of autism and developmental disorders*, 33, 365-382.
- Fombonne, E., Wostear, G., Cooper, V., Harrington, R., y Rutter, M. (2001). The Maudsley long-term follow-up of child and adolescent depression: I. Psychiatric outcomes in adulthood. *The British Journal of Psychiatry*, 179(3), 210-217.
- Freud, S. (1912). 1913). Totem and taboo. *Standard Edition*, 13, 1-161.
- Frick, P. J. (2009). Extending the construct of psychopathy to youth: Implications for understanding, diagnosing, and treating antisocial children and adolescents. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54(12), 803-812.
- Frick, P. J., Ray, J. V., Thornton, L. C., y Kahn, R. E. (2014). Annual research review: A developmental psychopathology approach to understanding callous-unemotional traits in children and adolescents with serious conduct problems. *Journal of child Psychology and Psychiatry*, 55(6), 532-548.

- Frick, P. J., y Ellis, M. (1999). Callous-unemotional traits and subtypes of conduct disorder. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2, 149-168
- Fuentes, L. G., Pantoja, M. N., y Casas, L. M. (2023). Intervención intensiva temprana y terapia cognitivo conductual en niños con trastorno del espectro autista. *Belize Journal of Medicine*, 12(Suppl1), 15-23.
- Gadow, K. D., DeVincent, C. J., Pomeroy, J., y Azizian, A. (2004). Psychiatric symptoms in preschool children with PDD and clinic and comparison samples. *Journal of autism and developmental disorders*, 34, 379-393.
- Garber, J., y Weersing, V. R. (2010). Comorbidity of anxiety and depression in youth: implications for treatment and prevention. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 17(4), 293.
- Goddard, H. H. (1912). *The Kallikak family: A study in the heredity of feeble-mindedness*. Macmillan.
- Gombrich, E. H., Torroella, R. S., y Setó, J. (1997). *Historia del arte* (Vol. 16). Nueva York: Phaidon.
- Gómez Pérez, R. E., y Sanhueza Valenzuela, R. A. (2016). Arteterapia como estrategia didáctica en el desarrollo emocional de un grupo de alumnos pertenecientes al programa de integración escolar de un establecimiento vulnerable de la ciudad de Los Ángeles.
- Granados Conejo, I. M., y Callejón Chinchilla, M. D. (2010). ¿Puede la terapia artística servir a la educación? *Escuela abierta: revista de investigación educativa*.
- Greenberg, M. T., Kusche, C. A., y Mihalic, S. F. (1998). Blueprints for violence prevention, book ten: Promoting alternative thinking strategies. *Boulder, CO: Center for the Prevention of Violence*.
- Greene, R. W., y Hiland, A. (2014). Provocation: Aune's Leadership: Hegemony and the Rhetorical Perspective on Argumentation. *Argumentation and Advocacy*, 50(4), 228-233.
- Guilford, J. P. (1971). Some misconceptions regarding measurement of creative talents. *The Journal of Creative Behavior*.
- Gussak, D. E. (2007). "The Effectiveness of Art Therapy in Reducing Depression in Prison Populations". *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 51(4), 444-460.
- Gussak, D. E., y Rosal, M. L. (Eds.). (2015). *The Wiley handbook of art therapy*. John Wiley y Sons.
- Habib, H. A., y Ali, U. (2015). Efficacy of art therapy in the reduction of impulsive behaviors of children with ADHD comorbid intellectual disability. *Pakistan Journal of Psychology*, 46(2).
- Hagerman, R. J., y Hagerman, P. J. (Eds.). (2002). *Fragile X syndrome: Diagnosis, treatment, and research*. Taylor and Francis US.

- Hanson, M. A., y Gluckman, P. D. (2006). Developmental origins of health and disease. *Cambridge University Press, Cambridge*.
- Hanson, R. H., Nord, G. B., y Wieseler, N. A. (1997). Length of life: a ten year retrospective study of 209 clients who died in Minnesota's state facilities for persons with developmental disabilities in the 1980s. *Journal of Developmental and Physical Disabilities, 9*, 39-46.
- Harpazi, S., Regev, D., y Snir, S. (2023). What does the literature teach us about research, theory, and the practice of art therapy for individuals with intellectual developmental disabilities? A scoping review. *The Arts in Psychotherapy, 82*, 101988.
- Harrison, P. L., y Oakland, T. (2015). *Adaptive Behavior Assessment System, Third Edition (ABAS-3)*. Western Psychological Services.
- Hass-Cohen, N., y Findlay, J. C. (2015). *Art therapy and the neuroscience of relationships, creativity, and resiliency: Skills and practices (norton series on interpersonal neurobiology)*. WW Norton and Company.
- Hastings, R. P., y Beck, A. (2004). Practitioner review: Stress intervention for parents of children with intellectual disabilities. *Journal of child psychology and psychiatry, 45*(8), 1338-1349.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., y Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychological bulletin, 112*(1), 64.
- Heber, R. (1959). A manual on terminology and classification in mental retardation. *American Journal of Mental Deficiency*.
- Herbert, M. (1987). *Conduct disorders of childhood and adolescence: A social learning perspective*. John Wiley and Sons.
- Hernández Merino, A. M. (2009). *De la pintura psicopatológica al arte como terapia en España (1917-1986)* (Doctoral dissertation, Universitat Politècnica de València).
- Heslop, P., Blair, P. S., Fleming, P., Hoghton, M., Marriott, A., y Russ, L. (2014). The Confidential Inquiry into premature deaths of people with intellectual disabilities in the UK: a population-based study. *The Lancet, 383*(9920), 889-895.
- Hinshaw, S. P. (1992). Externalizing behavior problems and academic underachievement in childhood and adolescence: causal relationships and underlying mechanisms. *Psychological bulletin, 111*(1), 127.
- Husserl, E. (2012). *La idea de la fenomenología*. Herder editorial.
- i Currià, M. I., y Villanueva, J. V. (2012). Competencias profesionales e investigación en Arteterapia. *Arteterapia. Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social, 7*, 13-26.

- Ibáñez, J. G., Feliu, T., Usón, M., Ródenas, A., Aguilera, F., y Ramos, R. (2009). Trastornos invisibles: las personas con discapacidad intelectual y trastornos mentales o de conducta. *Siglo Cero*, 230(40), 38-60.
- Jiménez Cubero, M., Aguilar Noguera, V., Pol Viedma, V., Mata García, G., Crespo Valera, S., Martínez Granados, F., ... y Pol Yanguas, E. (2013). Seguimiento de las recomendaciones sobre psicofarmacología y su repercusión conductual en la discapacidad intelectual. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33(119), 479-495.
- Junta de Castilla y León. (2017). *Acuerdo 29/2017, de 15 de junio, por el que se aprueba el II Plan de Atención a la Diversidad en la Educación de Castilla y León 2017-2022*. Boletín Oficial de Castilla y León. <https://bocyl.jcyl.es/boletines/2017/06/21/pdf/BOCYL-D-21062017-1.pdf>
- Junta de Castilla y León. (2021). *Orden EYH/1546/2021, de 15 de diciembre, por la que se regulan medidas dirigidas al alumnado escolarizado en centros educativos no universitarios de la Comunidad de Castilla y León que presenta necesidades sanitarias o socio-sanitarias*. Boletín Oficial de Castilla y León. <https://bocyl.jcyl.es/boletines/2021/12/28/pdf/BOCYL-D-28122021-1.pdf>
- Kapitan, L. (2011). *An introduction to art therapy research*. Routledge.
- Kazdin, A. E. (2008). *Parent management training: Treatment for oppositional, aggressive, and antisocial behavior in children and adolescents*. Oxford University Press.
- Kelley, B. T. (1997). *Developmental pathways in boys' disruptive and delinquent behavior*. US Department of Justice, Office of Justice Programs, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.
- Kessler, R. C., Avenevoli, S., Costello, E. J., Georgiades, K., Green, J. G., Gruber, M. J., ... y Merikangas, K. R. (2012). Prevalence, persistence, and sociodemographic correlates of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Archives of general psychiatry*, 69(4), 372-380.
- Kim, J., y Chung, Y. J. (2023). A case study of group art therapy using digital media for adolescents with intellectual disabilities. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1172079.
- Kovacs, M., Paulauskas, S., Gatsonis, C., y Richards, C. (1988). Depressive disorders in childhood III. A longitudinal study of comorbidity with and risk for conduct disorders. *Journal of affective disorders*, 15(3), 205-217.
- Lahey, B. B., Van Hulle, C. A., Rathouz, P. J., Rodgers, J. L., D'Onofrio, B. M., y Waldman, I. D. (2009). ¿Are oppositional-defiant and hyperactive-inattentive symptoms developmental precursors to conduct problems in late childhood?: Genetic and environmental links. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37, 45-58.
- Lahey, B. B., y Waldman, I. D. (2003). A developmental propensity model of the origins of conduct problems during childhood and adolescence. *Causes of conduct disorder and juvenile delinquency*, 76-117.
- Lahey, B. B., y Waldman, I. D. (2017). Oppositional defiant disorder, conduct disorder, and juvenile delinquency. *Child and Adolescent Psychopathology, Third Edition*, 449-496.

- Landau, E. (1987). *El vivir creativo: teoría y práctica de la creatividad*. Barcelona, Spain: Herder.
- Landgarten, H. B. (2013). *Clinical art therapy: A comprehensive guide*. Routledge
- Lavin, K. E., McGuire, B. E., y Hogan, M. J. (2006). Age at death of people with an intellectual disability in Ireland. *Journal of Intellectual Disabilities*, 10(2), 155-164.
- Lavric, M., y Soponaru, C. (2023). Art Therapy and Social Emotional Development in Students with Special Educational Needs: Effects on Anxiety, Empathy, and Prosocial Behaviour. *Revista Romaneasca Pentru Educatie Multidimensionala*, 15(1), 606-621.
- Leonard, H., Petterson, B., Bower, C., y Sanders, R. (2003). Prevalence of intellectual disability in Western Australia. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 17(1), 58-67.
- Leventhal, T., y Brooks-Gunn, J. (2000). The neighborhoods they live in: the effects of neighborhood residence on child and adolescent outcomes. *Psychological bulletin*, 126(2), 309.
- Liebmann, M. (2004). *Art Therapy for Groups: A Handbook of Themes and Exercises*. Routledge.
- Lochman, J. E., y Wells, K. C. (2004). The coping power program for preadolescent aggressive boys and their parents: outcome effects at the 1-year follow-up. *Journal of consulting and clinical psychology*, 72(4), 571.
- Locke, J. (1970). *Some thoughts concerning education, 1693*. Scholar Press.
- Loeber, R., Burke, J. D., Lahey, B. B., Winters, A., y Zera, M. (2000). Oppositional defiant and conduct disorder: a review of the past 10 years, part I. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(12), 1468-1484.
- Loeber, R., Wung, P., Keenan, K., Giroux, B., Stouthamer-Loeber, M., Van Kammen, W. B., y Maugham, B. (1993). Developmental pathways in disruptive child behavior. *Development and psychopathology*, 5(1-2), 103-133.
- Loeber, R., y Stouthamer-Loeber, M. (1998). Development of juvenile aggression and violence: Some common misconceptions and controversies. *American psychologist*, 53(2), 242.
- López Fernández Cao, M., y Martínez Díez, N. (2012). *Arteterapia: conocimiento interior a través de la expresión artística*. Ediciones Tutor, SA.
- López Ruiz, D. (2016). Evolución del Arteterapia en España.
- López, M. O. (2011). Arteterapia Gestalt: "La búsqueda de lo que somos"/Gestalt Art Therapy: "Searching as we are". *Arteterapia*, (6), 169-181.
- Lord, C., Risi, S., Lambrecht, L., Cook, E. H., Leventhal, B. L., DiLavore, P. C., ... y Rutter, M. (2000). The Autism Diagnostic Observation Schedule—Generic: A standard measure of social and communication deficits associated with the spectrum of autism. *Journal of autism and developmental disorders*, 30, 205-223.

- Lorenzon, N., Musoles-Lleó, J., Turrisi, F., Gomis-González, M., De La Torre, R., y Dierssen, M. (2023). State-of-the-art therapy for Down syndrome. *Developmental Medicine y Child Neurology*, 65(7), 870-884.
- Lucas-Molina, B., Ávila Clemente, V., Pérez de Albéniz, A., y Fonseca-Pedrero, E. (2021). Educación emocional en jóvenes con discapacidad intelectual: evaluación de una intervención en contexto universitario.
- Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntinx, W. H., Coulter, D. L., Craig, E. M. P., Reeve, A., ... y Tasse, M. J. (2002). *Mental retardation: Definition, classification, and systems of supports*. American Association on Mental Retardation.
- Lundqvist, L. O. (2013). Prevalence and risk markers of behavior problems among adults with intellectual disabilities: A total population study in Örebro County, Sweden. *Research in developmental disabilities*, 34(4), 1346-1356.
- Malchiodi, C. A. (2012). *The Handbook of Art Therapy*. Guilford Press.
- Malchiodi, C. A. (2020). *Trauma and expressive arts therapy: Brain, body, and imagination in the healing process*. Guilford Publications.
- Malchiodi, C. A. (Ed.). (2011). *Handbook of art therapy*. Guilford Press.
- Manosalva, S., y Berrios, C. T. (2014). La educación especial y su desarrollo histórico como dispositivo de control de la infancia con discapacidad. *Temas de Educación*, 20(1), 37-48.
- Marston, G. M., Perry, D. W., y Roy, A. (1997). Manifestations of depression in people with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 41(6), 476-480.
- Martínez Díez, N., y López Fernández Cao, M. (2004). *Arteterapia y educación*. Madrid: Comunidad de Madrid, Dirección General de Promoción Educativa, 2004.
- Martínez, M. D. L., y Ruiz, D. L. (2014). La arteterapia y su perfil profesional en España. *Arteterapia y creatividad: implicaciones prácticas*.
- Matson, J. L., McCartney, J. R., y Wadström, O. (1982). Handbook of behavior modification with the mentally retarded. *Cognitive Behaviour Therapy*, 11(3), 149-150.
- Matson, J. L., y Shoemaker, M. (2009). Intellectual disability and its relationship to autism spectrum disorders. *Research in developmental disabilities*, 30(6), 1107-1114.
- Matson, J. L., y Shoemaker, M. E. (2011). Psychopathology and intellectual disability. *Current opinion in psychiatry*, 24(5), 367-371.
- Maughan, B., Rowe, R., Messer, J., Goodman, R., y Meltzer, H. (2004). Conduct disorder and oppositional defiant disorder in a national sample: developmental epidemiology. *Journal of child psychology and psychiatry*, 45(3), 609-621.

- Maulik, P. K., Mascarenhas, M. N., Mathers, C. D., Dua, T., y Saxena, S. (2011). Prevalence of intellectual disability: A meta-analysis of population-based studies. *Research in Developmental Disabilities*, 32(2), 419-436.
- McDonald, A., Holttum, S., y Drey, N. S. J. (2019). Primary-school-based art therapy: Exploratory study of changes in children's social, emotional and mental health. *International Journal of Art Therapy*, 24(3), 125-138.
- Merikangas, K. R., He, J. P., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L., ... y Swendsen, J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in US adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication-Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(10), 980-989.
- Metzler, I. (2011). Disability in the Middle Ages: Impairment at the intersection of historical inquiry and disability studies. *History compass*, 9(1), 45-60.
- Miret Latas, M. À., y Jové Monclús, G. (2011). Arteterapia para todos: La clave está en la diferencia.
- Moffitt, T. E. (2017). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Biosocial theories of crime*, 69-96.
- Moon, C. H. (2010). A history of materials and media in art therapy. *Materials and media in art therapy: Critical understandings of diverse artistic vocabularies*, 3-47.
- Morgan, V. A., Leonard, H., Bourke, J., y Jablensky, A. (2008). Intellectual disability co-occurring with schizophrenia and other psychiatric illness: population-based study. *The British Journal of Psychiatry*, 193(5), 364-372.
- Nan, J. K. M., Huang, X. S., y Kang, M. Y. (2023). Effects of clay art therapy on emotion regulation and hair cortisol concentration for youth with emotional problems. *Art Therapy*, 40(3), 117-125.
- Nettelbladt, P., Göth, M., Bogren, M., y Mattisson, C. (2009). Risk of mental disorders in subjects with intellectual disability in the Lundby cohort 1947-97. *Nordic journal of psychiatry*, 63(4), 316-321.
- O'Dwyer, M., Meštrović, A., y Henman, M. (2015). Pharmacists' medicines-related interventions for people with intellectual disabilities: a narrative review. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 37, 566-578.
- Odgers, C. L., Moffitt, T. E., Tach, L. M., Sampson, R. J., Taylor, A., Matthews, C. L., y Caspi, A. (2009). The protective effects of neighborhood collective efficacy on British children growing up in deprivation: a developmental analysis. *Developmental psychology*, 45(4), 942.
- Ollendick, T. H., y King, N. J. (1998). Empirically supported treatments for children with phobic and anxiety disorders: Current status. *Journal of clinical child psychology*, 27(2), 156-167.

- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Clasificación Internacional de Enfermedades para la Mortalidad y Morbilidad Estadísticas (11ª revisión)*. <https://icd.who.int/es/>
- Orr, H. T., y Zoghbi, H. Y. (2007). Trinucleotide repeat disorders. *Annual Review of Neuroscience*, 30, 575-621
- Osborn, A. (2011). *Your creative power*. Read Books Ltd.
- Paín, S., y Jarreau, G. (1995). Una psicoterapia por el arte: teoría y técnica. In *Una psicoterapia por el arte: teoría y técnica* (pp. 383-383).
- Patja, K., Iivanainen, M., Vesala, H., Oksanen, H., y Ruoppila, I. (2000). Life expectancy of people with intellectual disability: a 35-year follow-up study. *Journal of intellectual disability research*, 44(5), 591-599.
- Patterson, G. R., DeBaryshe, B. D., y Ramsey, E. (2017). A developmental perspective on antisocial behavior. *Developmental and life-course criminological theories*, 29-35.
- Pennington, B. F. (2008). *Diagnosing learning disorders: A neuropsychological framework*.
- Pérez Valdés, R. (1917). Valor semiológico de las manifestaciones gráficas de la locura. *El Siglo Médico*, 546-549.
- Perls, F., Hefferline, R., and Goodman, P. (1951). *Gestalt Therapy: Excitement and Growth in the Human Personality*. Julian Press.
- Pinel, P. (1809). *Traité médico-philosophique sur laliénation mentale*. J. Ant. Brosson.
- Quay, H. C. (1993). The psychobiology of undersocialized aggressive conduct disorder: A theoretical perspective. *Development and Psychopathology*, 5(1-2), 165-180.
- Raine, A., y Yang, Y. (2006). Neural foundations to moral reasoning and antisocial behavior. *Social cognitive and affective neuroscience*, 1(3), 203-213.
- Real Academia Española. (s.f). *Diccionario de la lengua española* (23.ª ed.). Recuperado el 4 de abril de 2024 de <https://dle.rae.es>
- Roid, G. H., y Pomplun, M. (2012). *The stanford-binet intelligence scales* (Vol. 654). New York, NY, USA:: The Guilford Press.
- Rondal, J. A., y Comblain, A. (2002). Language in aging persons with Down syndrome. *Down's Syndrome, Research and Practice*, 8(1).
- Ros Fernández, C. (2014). *Arteterapia en el contexto educativo*
- Rosal, M. (2016). Cognitive-behavioral art therapy. In *Approaches to art therapy* (pp. 333-352). Routledge.
- Rubin, J. A. (2009). *Introduction to art therapy: Sources and resources*. Routledge.
- Rubin, J. A. (2012). *Approaches to art therapy: Theory and technique*. Routledge.

- Rutter, M. J., Bishop, D., Pine, D. S., Scott, S., Stevenson, J. S., Taylor, E. A., y Thapar, A. (2011). *Rutter's child and adolescent psychiatry*. John Wiley and Sons.
- Sadock, E., Perrin, P. B., Grinnell, R. M., Rybarczyk, B., y Auerbach, S. M. (2017). Initial and follow-up evaluations of integrated psychological services for anxiety and depression in a safety net primary care clinic. *Journal of clinical psychology*, 73(10), 1462-1481.
- Sampson, R. J., y Laub, J. H. (1993). Crime in the making: Pathways and turning points through life. *Crime and Delinquency*, 39(3), 396-396.
- Sampson, R. J., y Laub, J. H. (1994). Urban poverty and the family context of delinquency: A new look at structure and process in a classic study. *Child development*, 65(2), 523-540.
- Schalock, R. L., Borthwick-Duffy, S. A., Bradley, V. J., Buntinx, W. H., Coulter, D. L., Craig, E. M., ... y Yeager, M. H. (2010). *Intellectual disability: Definition, classification, and systems of supports*. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities. 444 North Capitol Street NW Suite 846, Washington, DC 20001.
- Seguin, E. (1866). *Idiocy: and its treatment by the physiological method*. W. Wood y Company.
- Silva, E. F., y Elias, L. C. D. S. (2024). Habilidades Sociales, Problemas de Conducta y Competencia Académica de Estudiantes con Discapacidad Intelectual. *Psico-USF*, 28, 811-824.
- Sparrow, S. S., Cicchetti, D. V., y Saulnier, C. A. (2016). Vineland Adaptive Behavior Scales, (Vineland-3) Pearson. *San Antonio, TX, USA*.
- Spock, B. (1946). *The common sense book of baby and child care*.
- Suero, M. J. L., Pecino, M. M., y Lara, I. M. (2003). El desarrollo de habilidades en las personas con necesidades educativas especiales a través de la expresión plástica. *EA, Escuela abierta: revista de Investigación Educativa*, (6), 47-70.
- Sundberg, M. L., y Partington, J. W. (1998). Teaching language to children with autism and other developmental disabilities. *Pleasant Hill, CA: Behavior Analysts*.
- Switzky, H. N., y Greenspan, S. (Eds.). (2006). *What is mental retardation?: ideas for an evolving disability in the 21st century*. AAMR.
- Teplin, L. A., Abram, K. M., McClelland, G. M., Dulcan, M. K., y Mericle, A. A. (2002). Psychiatric disorders in youth in juvenile detention. *Archives of general psychiatry*, 59(12), 1133-1143.
- Tolstoi, L. (1949). *¿Qué es el arte?* (Vol. 60). Newcomb Livraria Press.
- Torrance, E. P. (1976). Creativity testing in education. *Creative Child y Adult Quarterly*.
- Trent Jr, J. W. (1994). *Inventing the feeble mind: A history of mental retardation in the United States* (Vol. 6). Univ of California Press.

- Tsiouris, J. A. (2001). Diagnosis of depression in people with severe/profound intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45(2), 115-120.
- Turner, B. J., Hu, C., Villa, J. P., y Nock, M. K. (2018). Oppositional defiant disorder and conduct disorder.
- U.S. Congress. (2010). *Public Law 111-256: Rosa's Law*
- Ulman, E. (2001). Art therapy: Problems of definition. *American journal of art therapy*, 40(1), 16.
- Vassiliadou Yiannaka, M. (2004). La expresión plástica como alternativa de comunicación en pacientes esquizofrénicos: arte terapia y esquizofrenia.
- Walker, S. P., Wachs, T. D., Grantham-McGregor, S., Black, M. M., Nelson, C. A., Huffman, S. L., ... y Richter, L. (2011). Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development. *The Lancet*, 378(9799), 1325-1338.
- Wallas, G. (1926). El arte del pensamiento. *Soporte digital*.
- Watson, J. B. (1913). La psicología tal como la ve el conductista. *J. Gondra (Comp.). La psicología moderna. Textos básicos para su génesis y desarrollo*, 399-414.
- Webster-Stratton, C. (1994). Advancing videotape parent training: a comparison study. *Journal of consulting and clinical psychology*, 62(3), 583.
- Wechsler, D., y Kodama, H. (1949). *Wechsler intelligence scale for children* (Vol. 1). New York: Psychological corporation.
- Willcutt, E. G., y Pennington, B. F. (2000). Comorbidity of reading disability and attention-deficit/hyperactivity disorder: Differences by gender and subtype. *Journal of learning disabilities*, 33(2), 179-191.
- Winzer, M. A. (1993). *The history of special education: From isolation to integration*. Gallaudet University Press.
- Wolfensberger, W. P., Nirje, B., Olshansky, S., Perske, R., y Roos, P. (1972). The principle of normalization inhuman services.
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines* (Vol. 1). World Health Organization.
- World Health Organization. (2019). *International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics (11th Revision)*