



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES
ÁREA PSICOLOGÍA EDUCATIVA**

**ARTE TERAPIA Y DISCAPACIDAD INTELECTUAL EN
CONTEXTOS EDUCATIVOS.**

**TESIS
PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA
EN PSICOLOGÍA**

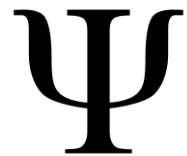
PRESENTA:

MONICA CRISTINA ROMERO RAMÍREZ

**DIRECTORA
MTRA. EMMA V. ROTH GROSS**

**REVISORA
LIC. RAQUEL JELINEK MENDELSON**

Ciudad Universitaria, México, 2014.





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos:

Muchas gracias a mi familia, a mis papás que son el soporte de mi vida, guías y principales personas a quienes dedico este trabajo, ya que me han dado las bases, el ánimo, la confianza y sobre todo la motivación para superarme, aquí el fruto de sus enseñanzas.

Ale, gran hermana y compañera en este viaje de estudiante, no tengo más que agradecerte el tiempo y apoyo en todos los sentidos que me has brindado.

Dany, Caro, Fer, Emi y ahora la pequeña Valentina, que son y serán mi apoyo para compartir estos grandes triunfos, por estar siempre pendiente de mis avances. Espero que este sea un gran ejemplo para mi querida Fer, no importa la edad, siempre podemos lograr lo que nos propongamos.

Emmi, te agradezco tu tiempo, retroalimentación y sobre todo el motivarme a no abandonar este gran proyecto, mismo por el cual después de varios años por fin tengo en mis manos.

Raquel, muchas gracias por los comentarios, revisiones y sobre todo por el tiempo destinado a mi tesis.

A mis amigas de la facultad, Grecia, Liz, Angélica, Mariana, un proyecto de vida que emprendimos en la facultad, por esos momentos compartidos y por la gran experiencia que vivimos juntas.

A Flor, Carmen y Rocío, por ser parte importante de mi vida laboral, por enseñarme y compartir este camino hacia la educación.

ÍNDICE

PÁG.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

1

CAPÍTULO 1.

DISCAPACIDAD INTELECTUAL.

4

1.1 Etiología

5

1.2 Concepto de discapacidad intelectual.

6

1.3 Nueva definición y clasificación de apoyos.

7

1.4 Prevalencia de la población a nivel mundial.

12

1.5 Marco legal.

A) Declaración de Montreal.

17

B) Convención de los derechos de las personas con discapacidad intelectual.

18

CAPÍTULO 2.

DESARROLLO EMOCIONAL

21

2.1 Emociones.

22

2.2 Teorías que estudian el desarrollo emocional.

23

2.3 Desarrollo emocional en personas con discapacidad intelectual desde la Teoría del Apego.

32

CAPÍTULO 3.

ARTE TERAPIA

37

3.1 Antecedentes históricos.	39
3.2 Definiciones de Arte terapia.	42
3.3 Fundamentos del Arte terapia.	49
3.4 Espacio de trabajo.	51
3.4.1 Materiales	52
3.5 Formación del arte terapeuta.	53
3.5.1 Rol del/la arte terapeuta.	54
3.6 Arte terapia en el contexto educativo.	57
3.7 Arte terapia y discapacidad intelectual.	59
3.8 Diversos enfoques psicológicos en el trabajo de Arte terapia.	60
A) Arte terapia con enfoque Psicoanalítico.	60
B) Terapia Analítica de Jung.	61
C) Arte terapia con orientación Humanista.	63
D) Arte terapia con orientación Conductual.	64

CAPÍTULO IV.

PROGRAMAS DE ARTE TERAPIA DIRIGIDOS A PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL.	66
---	----

CAPÍTULO V.

CONCLUSIONES	90
---------------------	----

REFERENCIAS	98
--------------------	----

ANEXOS

- Tabla 1. Países que no confirmaron datos estadísticos y/o solo incluyen a la población con discapacidad.
- Tabla 2. Estimated prevalence figures for Intellectual Disability in European Union Member States.
- Formación profesional del Arte terapeuta.

RESUMEN

El presente trabajo expone la necesidad de atender el desarrollo emocional de las personas con discapacidad intelectual, de proponer nuevas herramientas de trabajo frente a la poca atención que se le ha dado a esta área o se ha dejado en un segundo plano, con la finalidad de favorecer los procesos de desarrollo integral y mejorar la calidad de vida en esta población. El Arte terapia, es una herramienta usada a nivel internacional que cuenta con varios programas enfocados a la atención de las emociones tanto de población regular y con discapacidad, los cuales se desarrollan en centros de atención privada, hospitales y ambientes educativos. El trabajo concluye señalando que aún no se logra responder a las demandas de las personas con discapacidad intelectual, si bien se ha logrado su integración al ámbito laboral, educativo, atención a la salud, queda pendiente atender el aspecto emocional, con el propósito de contar con una educación integral y que sea un complemento indispensable para optimizar el desarrollo humano; físico, intelectual, social, emocional, no solo de la población con DI, sino también de la población regular, por lo tanto, se hace necesario tener propuestas que permitan a los Psicólogos Educativos ampliar su campo de acción, con nuevas estrategias y que mejor que ellos, que se encuentran dentro del ambiente educativo, espacio que se pudiera aprovechar no solo para fomentar el conocimiento cognitivo sino también el emocional.

Palabras clave: Arte terapia, discapacidad intelectual, ambiente educativo.

La autora de esta tesis realizó su servicio social en el Centro de Investigación y Servicios de Educación Especial (CISEE-UNAM), institución que tiene como misión contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual (DI) a través de la Formación Profesional, Investigación, Difusión y Servicios a la comunidad. En el contexto educativo, el Centro cuenta con una propuesta educativa que promueve el desarrollo integral e inclusión de esta población.

Durante esa estancia llamó la atención de la autora el trabajo de Arte terapia que se lleva a cabo con personas con discapacidad intelectual, donde se utiliza la expresión plástica como herramienta que permite a la persona entrar en contacto consigo misma, conocerse, elevar su autoestima y en general promover su desarrollo emocional y social, lo cual favorece sus relaciones interpersonales.

En este marco fue cómo surgió el interés por estudiar a mayor profundidad la importancia que tiene contar con espacios donde las personas con discapacidad intelectual (DI) puedan reconocer, comprender y expresar sus emociones a través de procesos creativos.

Se eligió este tema en primer lugar debido a la escasa atención que se le ha dado a promover las habilidades emocionales en esta población, aspecto relevante ya que se encuentran más expuestas a presentar un mayor número de problemas emocionales, dificultades cognitivas y de lenguaje que la población en general.

Lo anterior se vio influido por una visión histórica de la discapacidad como un equivalente de incapacidad, donde la atención que se le brindaba a la persona se centraba más en las dificultades del individuo que en potencializar sus capacidades.

Esta mirada ha ocasionado que la Educación y particularmente la Educación Especial enfatizara una propuesta educativa basada en el desarrollo cognitivo, traduciendo la enseñanza de habilidades y conocimientos, dejando a un lado la promoción del desarrollo emocional.

Esta situación se vio reforzada ya que por un lado los padres muestran preocupación porque sus hijos se integren a escuelas regulares, aprendan a leer, a escribir y nociones matemáticas, considerando que alcanzar estas metas les acerca de alguna forma a la normalidad. De manera que el desarrollo emocional desde esta visión juega un papel secundario y en demasiadas ocasiones queda pendiente su abordaje y por otro, es un hecho que las personas con DI por su situación de vida y crianza requieren un mayor apoyo a nivel emocional; pues desde que los padres reciben el diagnóstico de sus hijos con discapacidad intelectual se enfrentan a un momento de vida difícil de afrontar a nivel personal, de pareja, familiar y social.

A pesar de que muchas de las familias requieren apoyo a nivel emocional no lo buscan, por lo que muy probablemente tampoco lo considerarán necesario para sus hijos. Ellos no se percatan de la relevancia que éste tiene para el desarrollo integral y futuro de su hija o hijo.

El reconocimiento, comprensión y regulación emocional son aspectos claves en la interacción de las personas con DI con los demás, son competencias básicas para poder promover su inclusión social, familiar y laboral. Es por ello que la promoción de su desarrollo emocional es una prioridad para su educación.

Con base en lo anterior, se consideró relevante y útil explorar detalladamente si el Arte terapia, puede tener un papel destacado en el trabajo con esta población, a la cual se le dificulta reconocer, nombrar y comprender sus sentimientos y que necesitan la seguridad de un medio de apoyo para expresarse plenamente y directamente.

En este contexto el presente trabajo revisa en su primer capítulo información referente a la discapacidad intelectual, causas, conceptos, definición actual, incluyendo estadísticas mundiales y nacionales de su prevalencia.

En el segundo se expone el tema de desarrollo emocional, haciendo un recorrido en el marco de las emociones, sus principales teorías y autores que debaten sobre ellas, vinculándolas con las características propias de las personas con discapacidad intelectual, destacando como marco de referencia a la Teoría del Apego.

En el tercer capítulo se desarrolla el tema de Arte terapia, sus antecedentes históricos, principales definiciones y las orientaciones psicológicas para su trabajo.

En el cuarto se presentan los resultados de una búsqueda bibliográfica y documental a nivel mundial de programas de Arte terapia (AT) dirigidos a promover el desarrollo emocional en la población con discapacidad intelectual. Información que se localizó en diversas publicaciones y fuentes de consulta como libros, artículos o ensayos, revistas, tesis y en las páginas electrónicas de diversas asociaciones dedicadas a este tipo de trabajo en todo el mundo. La información recopilada llevó a un quinto capítulo en el cual se analizan los hallazgos del estudio y finalmente se exponen en el último capítulo una serie de conclusiones y sugerencias para el uso de este tipo de apoyo en personas con DI.

I. DISCAPACIDAD INTELECTUAL.

En los últimos años se han realizado grandes esfuerzos para redefinir el concepto de la discapacidad intelectual (DI), pasando de un modelo médico que acentuaba las carencias e incapacidades de la persona, a un modelo social, que considera que la discapacidad es, en gran medida, fruto de la interacción de la persona en un contexto que fracasa en proporcionarle los apoyos necesarios (Cruz y cols, 2010).

Estos cambios han sido impulsados por asociaciones de padres, profesionales e investigadores, quienes reclaman una mirada más real y comprometida con el bienestar de las personas con discapacidad intelectual, rechazando actitudes de compasión y pena; enfocándose en las capacidades y fortalezas que poseen más que en las debilidades, logros que han sido acompañados por una importante transformación en el tipo de atención que se le brinda a la población (Mas, 2010).

El enfoque actual sobre la DI incorpora la Planificación Centrada en la Persona (PCP); con la intención de promover sus competencias, de fortalecer el control en sus vidas e impulsar su autodeterminación para lograr en ellos una competencia comunitaria mayor (Verdugo, 2002).

1.1 Etiología de la discapacidad intelectual.

Se conocen diversas causas que originan la DI, algunas de ellas se resumen en la siguiente tabla (Mendoza, 2009):

Causa	Alteración	Da lugar a:
Alteraciones en los cromosomas	Los cromosomas tienen un orden exacto y correcto, aunque en ocasiones pueden ocurrir errores mientras se organizan; pueden ser demasiados o muy pocos, esta desorganización se conoce como anomalía cromosómica.	Síndrome de Down Síndrome de West Síndrome X Frágil Síndrome de Angelman Síndrome de Turner
Problemas durante el embarazo.	Uso o contacto con influencias ambientales o teratógenos: ingesta de alcohol, drogas, medicamentos, enfermedades virales, diabetes, infección por el VIH, traumatismo por caídas o accidentes.	Síndrome alcohólico fetal Encefalitis Rubeola Varicela Sífilis
Defectos en la estructura.	Se presentan malformaciones en alguna parte del cuerpo (interna o externa).	Defectos cardíacos Espina bífida Hidrocefalia Microcefalia
Defectos en los procesos químicos.	Trastornos en el metabolismo.	Fenilcetonuria Infecciones durante el embarazo
Durante el nacimiento.	Prematurez (condicionada por el peso de nacimiento o edad gestacional). Un parto largo y difícil.	Hipoxia Asfixia con el cordón umbilical, anoxia
De la primera infancia	Enfermedades virales que afectan el sistema nervioso central.	Meningitis Encefalitis Intoxicaciones Traumatismos

1.2 Concepto de discapacidad intelectual.

“*Discapacidad* es un término usado generalmente para referirse a las limitaciones del funcionamiento humano. El origen de la interpretación del término es una extensión del modelo médico que en un principio concebía a la salud como un estado interiorizado y los problemas de salud como una patología individual: un problema dentro de la persona” (Shalock, 1999, p 2.).

En el año de 1972 la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE) atribuía a la persona la mayor parte de las causas de su discapacidad. Ya en 1980, la *Clasificación Internacional de Deficiencias Discapacidad y Minusvalías* (CIDDM), evidenció la necesidad de considerar no sólo la enfermedad, sino las consecuencias de ésta en todos los aspectos de la vida de la persona, utilizando la secuencia: Deficiencia, Discapacidad y Minusvalía definiéndolos de la siguiente manera:

- *Deficiencia*: toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica, puede ser temporal o permanente y en un principio solo afecta al órgano, según esta definición puede ser: intelectual, psicológica, de lenguaje, auditiva, visual, sensitiva, entre otras.
- *Discapacidad*: toda restricción o ausencia (debido a una deficiencia) de la capacidad para realizar una actividad dentro del margen que se considera “normal” para cualquier ser humano.
- *Minusvalía*: situación en desventaja que experimenta la persona como consecuencia de las deficiencias y discapacidades; supone una limitación o un impedimento en el desempeño de un determinado rol en función de su edad, sexo, factores sociales y culturales (Cáceres, 2004).

En 1992 la Asociación Americana sobre Retraso Mental (AAMR), en su novena edición propuso una definición mucho más detallada:

“Limitaciones sustanciales en el funcionamiento del día a día. Se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media, que coexiste junto a limitaciones en dos o más de las siguientes áreas de habilidades de adaptación: comunicación, cuidado propio, vida en el hogar, habilidades sociales, uso de la comunidad, autodirección, salud y seguridad, contenidos escolares funcionales, ocio y trabajo. Se ha de manifestar antes de los 18 años de edad” (www.asprodesa.org, consultado el 12 de abril 2012).

Esta definición estaba basada en un enfoque multidimensional, que pretendía ampliar la conceptualización de la DI, evitando la confianza depositada en los test dirigidos a diagnosticar el coeficiente intelectual, cambiando la idea de atender únicamente al individuo a atender cómo el individuo interactuaba en sus ambientes.

Las dimensiones en que se basaba el Sistema fueron las siguientes:

Dimensión I: Funcionamiento Intelectual y Habilidades Adaptativas

Dimensión II: Consideraciones Psicológicas/ Emocionales

Dimensión III: Consideraciones Físicas/ Salud/ Etologías

Dimensión IV: Consideraciones Ambientales

1.3 Nueva definición y clasificación de apoyos.

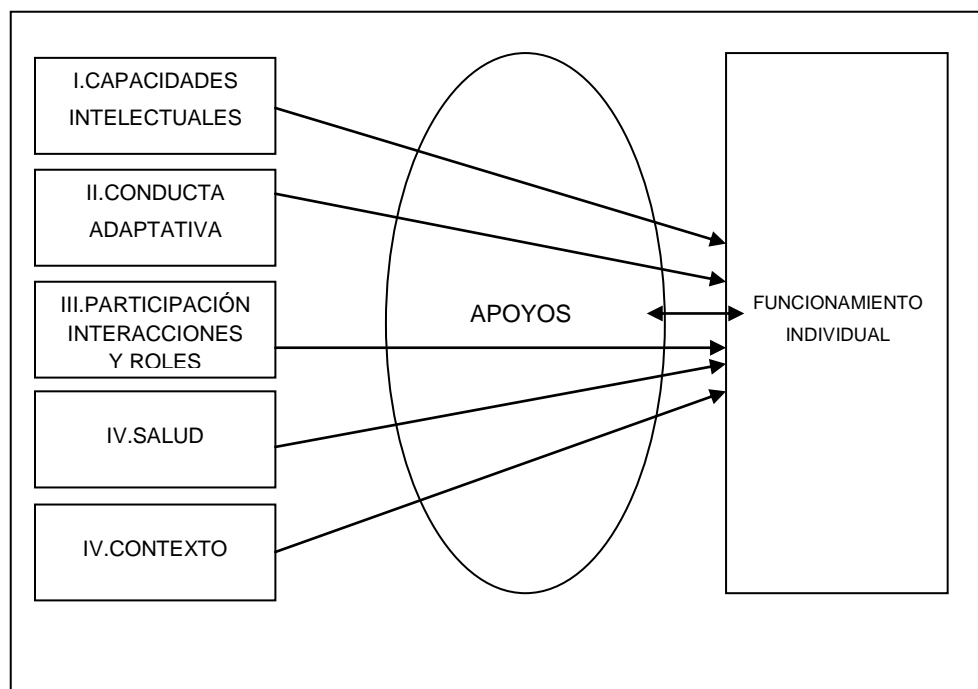
Recientemente la AAMR (2002) ahora American Association on Intellectual Disabilities (AAIDD) la define a la DI como:

“una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa, tal como se ha manifestado en habilidades prácticas, sociales y conceptuales, comienza antes de los 18 años (Luckasson y cols., 2002, p.8 cit. en Verdugo, 2002).

También en esta última edición se elaboró una revisión y reorganización de las dimensiones propuestas en 1992. El nuevo sistema propuesto se basa en un modelo multidimensional de cinco dimensiones, las cuales se filtran o incrementan

para determinar el funcionamiento individual de la persona. Frente a las cuatro dimensiones planteadas en su edición anterior, se incluye una nueva dimensión: Participación, Interacciones y Roles sociales, ampliando la dimensión de salud para integrar a la salud mental, desapareciendo la dimensión sobre consideraciones psicológicas y emocionales (Verdugo, 2002).

El siguiente esquema muestra las relaciones que existen entre el funcionamiento individual, los apoyos y las cinco nuevas dimensiones.



Fuente: (Luckasson y cols, 2002., cit en Verdugo, 2002).

Es la Dimensión IV en donde se aborda el tema referente a la salud, comprendiéndola como un estado de bienestar físico, mental y social, donde se considera que la salud puede afectar el funcionamiento de forma directa o indirecta a través de cada una de las dimensiones restantes. Los problemas relacionados con la condición de salud son trastornos, enfermedades o lesiones (Wehmeyer y cols, 2008).

En la opinión de Verdugo (2002, p.14) “el ubicar los aspectos psicológico-emocionales en esta dimensión inició un cambio de la perspectiva psicopatologizadora de los individuos con discapacidad intelectual. Sin embargo, la dimensión se centra en los problemas de salud mental y en formular una propuesta general del concepto de salud de la OMS.

Considera que hubiera sido deseable se incluyera una comprensión más amplia del bienestar emocional y psicológico, evaluando las necesidades de apoyo de la persona, lo cual permitiría identificar las características particulares de su funcionamiento emocional y pudiera servir como punto de partida para avanzar en el desarrollo de instrumentos y programas dirigidos a mejorar los apoyos en los aspectos emocionales.

Proceso de evaluación.

Anteriormente el diagnóstico que se realizaba a las personas con DI las clasificaba y etiquetaba dentro de un rango de coeficiente intelectual (70-75 o por debajo) y de esta forma se determinaban los tratamientos y servicios que necesitaban. Actualmente se realiza una evaluación cuantitativa incluyendo la interacción con el contexto en el cual se desenvuelve, para determinar el tratamiento y servicios que se emplearán (Verdugo, 2002). En esta nueva perspectiva el proceso de evaluación comprende tres funciones: *diagnóstico, clasificación y planificación de apoyos.*

Función 1. Diagnóstico

La primera función se dirige a diagnosticar la discapacidad intelectual, para lo que se plantean tres criterios si:

1. Hay limitaciones significativas del funcionamiento intelectual.
2. Hay limitaciones significativas de la conducta adaptativa.
3. La edad de aparición es antes de los 18 años.

Hablar de determinar las limitaciones significativas, tanto en inteligencia como en conducta adaptativa, se refiere a una puntuación de dos desviaciones típicas por debajo de la media, para una apreciación adecuada de la conducta se requiere obtener información adicional de los padres, profesores y datos de observación (Verdugo, 2002).

Función 2. Clasificación

Identificar los puntos fuertes y débiles dentro de las cinco dimensiones y las necesidades de apoyo de las personas en:

1. Capacidades intelectuales.
2. Conducta adaptativa.
3. Participación, interacción y roles sociales.
4. Salud (física, mental y etiología).
5. Contexto (ambiental y cultural).

De manera que durante el proceso de evaluación se resaltan las capacidades de las personas, y es esencial obtener datos que permitan desarrollar un perfil adecuado de los apoyos necesarios. La finalidad de la evaluación es planificar los soportes, recursos y estrategias que promuevan el desarrollo, educación, intereses y bienestar personal para mejorar su funcionamiento individual. Por esta razón, la inclusión del concepto de apoyo se convierte en un elemento indispensable para entender las necesidades específicas de las personas (Verdugo, 2002).

Función 3. Perfil de necesidades de apoyo

Para planificar los apoyos se tiene que identificar el tipo de apoyo, la intensidad y la persona responsable de proporcionarlos en las nueve áreas siguientes:

1. Desarrollo humano.
2. Enseñanza y educación.
3. Vida en el hogar.
4. Vida en la comunidad.
5. Empleo.
6. Salud y seguridad.
7. Conductual.
8. Social.
9. Protección y defensa.

De acuerdo a Verdugo (2002) el proceso de evaluación y planificación de apoyos se compone de cuatro pasos:

- 1) Identificar las áreas relevantes de apoyo.
- 2) Identificar las actividades de apoyo relevantes para cada área, de acuerdo con los intereses y preferencias de la persona.
- 3) Valorar el nivel o intensidad de las necesidades de apoyo: de acuerdo con la frecuencia, duración y tipo de apoyo.
- 4) Describir el Plan Individualizado de Apoyos basados en:
 - a. Los intereses y preferencias de la persona.
 - b. Áreas y actividades de apoyo necesitadas.
 - c. Contextos y actividades en los cuales la persona probablemente participará.
 - d. Funciones específicas de apoyo, dirigidas a las necesidades identificadas.
 - e. Énfasis en los apoyos naturales (la propia persona y otras personas, servicios educativos y sociales).
 - f. Personas responsables de proporcionar las funciones de apoyo.

- g. Resultados personales.
- h. Un plan para controlar la provisión y resultados de los apoyos provistos.

La propuesta de trabajo a partir del Modelo de Apoyos es un punto clave en esta nueva concepción, ya que no se visualiza a la DI como un estado fijo, sino como un proceso evolutivo e interactivo que va a reflejar los resultados de la interacción de una persona con los ambientes en los que se desenvuelve (Ministerio de Educación de Chile, 2007). Este modelo considera que con los apoyos adecuados las personas con DI tendrán la oportunidad de aprender, desarrollarse y trabajar en diversos entornos inclusivos; de su “puesta en marcha depende en gran manera el que existan o no verdaderos cambios en el sistema de atención a la población” (Verdugo, 2003, p.12).

1.4 Prevalencia de la población a nivel mundial.

En junio de 2001, en el Seminario Internacional sobre la medición de la discapacidad organizado por las Naciones Unidas, recomendó se establecieran principios y se elaboraran formularios de indicadores de discapacidad para su utilización en los censos de cada país y en las comparaciones internacionales, ya que los datos obtenidos, especialmente en los países en desarrollo, eran escasos y a menudo de mala calidad. Se creó en ese mismo año el Grupo de Washington sobre estadísticas de la discapacidad para atender esa necesidad urgente (Naciones Unidas, 2011).

La finalidad del Grupo Washington fue promover y coordinar la cooperación internacional en la esfera de las estadísticas de la salud, con especial atención a la medición de la discapacidad para los censos y las encuestas nacionales, de manera que con estas medidas, se contara con la información básica necesaria y comparable a nivel mundial.

Se propuso una lista breve de mediciones sobre la discapacidad, en la cual se incluían preguntas sobre seis aspectos funcionales básicos: vista, oído, capacidad de caminar, facultades cognitivas, autosuficiencia para el cuidado personal y comunicación. Basadas en el Modelo de discapacidad y salud de la Clasificación Internacional de la funcionalidad, para que fueran incluidas, en la ronda de censos a realizarse en el futuro (Naciones Unidas, 2011).

Como sabemos, los censos de población son el único medio para recoger información sociodemográfica, las características de la población a través del tiempo, su distribución espacial, estructura según distintas variables y las consecuencias de los cambios de la población en la realidad socioeconómica del país.

Esta aproximación al conocimiento del cambio poblacional que entregan los censos, constituye una de las varias dimensiones de la relación entre población y desarrollo. Por esto, la búsqueda se realizó con dos finalidades: la primera conocer la dimensión de la población a nivel mundial y con ello tener una visión más clara sobre los servicios con los que cuentan: educación, trabajo, salud, cómo es que se organizan y presentan los datos y así conocer cuáles son las principales áreas de atención en la población mundial. La segunda localizar e identificar los programas que dan atención a la población con DI, infiriendo que esta información facilitaría la búsqueda de los programas que den atención al desarrollo emocional a esta población.

En este contexto se prosiguió con la revisión de los datos de los censos que a nivel mundial pudieran recabarse, infiriendo que los mismos podrían proporcionar información estadística confiable para conocer la prevalencia de la población con DI.

Las siguientes tablas se encuentran organizadas de la siguiente manera: los países se presentan por continente y están ordenados alfabéticamente. Se incluye el año en que se realizó el último censo, la población total de cada país, enseguida aquella que vive en condición de discapacidad y finalmente los datos de aquellos países que incluyen en su conteo a las personas con DI y su porcentaje respectivo (mismo que corresponde a la población cuantificada con discapacidad).

La razón de que algunos países no se encuentran en la lista, se debió a las siguientes razones: durante la búsqueda no se encontraron los datos, no contabilizan en ese país a la población con DI, la información no fue fidedigna y al solicitarla a sus fuentes directas no se confirmó, como fue el caso de los países africanos.

Donde no se expresaba directamente los porcentajes, la autora procedió a hacer el cálculo a partir de los datos generales.

Es importante aclarar que los porcentajes que se incluyen de la población con DI (% con DI) se derivan del número de la población con discapacidad.

AMÉRICA						
País	Año	Población total del país	Población con discapacidad	% de población con discapacidad	Población con DI	% con DI
ARGENTINA	2001	30 649 620	2,176, 123	7%	275 863	13%
BRASIL	2010	190 755 799	12,777,207	7%	178 880	1%
CHILE	2006	16 432 674	1,119,867	7%	134 384	12%
COSTA RICA	2000	3 810 179	203,731	5%	18 880	9%
CUBA	2003	12 228 800	366,864	3%	140 489	38%
ECUADOR	2010	14 483 499	1,255,266	9%	192 496	15%
ESTADOS UNIDOS	2009	302,783,200	36, 581,200	12%	13 581 200	5%
GUATEMALA	2005	12 643 156	426,821	3%	41 227	10%
GUYANA	2002	751 223	48 419	6%	4 017	8%
HAITÍ	2003	8 373 750	124, 534	1%	13 656	11%

JAMAICA	2001	162,860	39,429	24%	2,999	8%
MÉXICO	2010	112 336 538	5,739,270	5%	487 838	8%
PANAMÁ	2010	880 691	24,037	3%	2 668	11%
PARAGUAY	2002	5 163 198	51,146	1%	7 730	15%
PERÚ	2006	27 219 264	2,286,419	8%	52 588	2%
VENEZUELA	2011	28 946 101	1, 736, 766	6%	8 684	0.50%

EUROPA						
País	Año	Población total del país	Población con discapacidad	% de población con discapacidad	Población con DI	% con DI
ALEMANIA	2007	82,262,643	6,918,172	8%	271,443	4%
AUSTRIA¹	2008	8,331,930			48,000	0.60%
ESPAÑA	2008	43,593,385	3,787,500	9%	124,500	3%
ARMENIA	2007	3, 226, 520	155,674	5%	3,425	2%
FINLANDIA	2002	5,200,598	341,227	6%	461	0.10%
FRANCIA	2004	60,734,343			650,000	7%
GRECIA	2007	5,532,047	2,181,270	39%	457	0.02%
HUNGRÍA	2001	10, 198, 315	577,006	6%	56,963 ²	10%
IRLANDA	2006	4,239,848			72,000	8%
ITALIA	2004	58,175, 310	3,000,000	5%		
PAISES BAJOS³	2011	16, 655, 799	1,333, 464	8%	89,941 - 116,660	0.70%
POLONIA	2004	38, 180, 249	4.500,000	12%	112,500	2%
RUMANIA	2005	21,623,849	451,278	2%	96,001	21%
SUECIA	2006	9, 113, 257	1,458,121	16%	10,207	0.70%

¹ No hay datos precisos sobre el número de personas con discapacidad, porque no existe una definición uniforme de la discapacidad, y tampoco se cuenta con algún registro en el sistema nacional de la salud (Pomona II, 2005-2008).

² Hungarian Central Statistical Office. Mental deficiency. Detailed data of disabled persons, 2001.

³ Estas cifras no han sido parte de nuestro censo, sobre la discapacidad intelectual podemos hacer una estimación (Hageman, R. 2012). Cental Bureauvoor de Statistiek Netherlands.

ASIA						
País	Año	Población total del país	Población con discapacidad	% de población con discapacidad	Población con DI	% con DI
INDIA	2002	1,060,000	18,500,000	2%	995,000	
ISRAEL	2003	6, 689,700	577,000	17%	1,137,249	11%
JORDANIA	2004	5,103,639	60, 364	1%	9,724	16%
SRI LANKA	2001	16,929,689	274, 711	2%	52,195	19%
TAIWAN	2009	23,148,553	1,076,293	5%	96,375	9%

OCEANÍA						
País	Año	Población total del país	Población con discapacidad	% de población con discapacidad	Población con DI	% con DI
AUSTRALIA	2009	21,960,000	4,000, 000	18%	40,000	1%
NUEVA ZELANDA	2006	3,988,600	660,300	17%	31,700	6%

ÁFRICA						
País	Año	Población total del país	Población con discapacidad	% de población con discapacidad	Población con DI	% con DI
SUDÁFRICA	2001	44,819,778	2,255,982	5%	293,278	12%

La Organización de las Naciones Unidas, sugiere que se realicen censos de población y vivienda cada 10 años, en las tablas presentadas se puede observar que los censos van en distintos años del 2000 al más actual de 2011. En el caso del continente Africano no cuentan con recopilaciones actuales, un ejemplo de ello es Angola que desde 1970 ha sido el único censo realizado y en el momento en que se realizó la recopilación, realizaban esfuerzos para llevarlo a cabo en 2013.

1.4 Marco legal.

A) Declaración de Montreal sobre la Discapacidad Intelectual, 2004.

En noviembre de 1990, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) iniciaba en Caracas Venezuela, la Conferencia Regional sobre la Reestructuración de los Cuidados Psiquiátricos en América Latina. En ésta los participantes firmaron una declaración que establece un vínculo entre los servicios de salud mental y los derechos de las personas. Este hecho sirvió como antecedente debido a que el Modelo de institucionalización, entonces predominante, hacía peligrar los derechos fundamentales de los pacientes psiquiátricos, por lo que la OPS decidió dedicarse más atentamente a este tema (www.declaraciónmotreal.com, consultado el 2 de febrero de 2012).

La aprobación de la *Declaración de Montreal sobre la Discapacidad Intelectual*, tiene como primer objetivo ser un instrumento previsto para guiar a las organizaciones internacionales, autoridades públicas y sociedades civiles en sus gestiones en el sentido de garantizar una ciudadanía plena y completa para ese sector de la población. “La Declaración tuvo por objeto retomar en todos sus detalles los derechos fundamentales de las personas con DI, enunciados en convenios y declaraciones internacionales. Buscaba más bien llamar la atención de la comunidad internacional respecto al reconocimiento y ejercicio de los derechos humanos fundamentales”. Así la *Declaración* pudo resumirse en tres derechos fundamentales: la igualdad, la no discriminación y la autodeterminación”. Más allá de prohibir la discriminación, esta *Declaración* dio cuenta del derecho a la igualdad y de garantizar su ejercicio, en pro la inclusión y participación social. En ese momento, la Declaración apuntó a convertirse en el primer referente en el ámbito de derechos para las personas con discapacidad intelectual (www.declaraciónmotreal.com).

B) Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), 2006.

A través de la historia, las personas con discapacidad han sido consideradas como individuos que requieren la protección de la sociedad y evocan simpatía más que respeto. Esta Convención representa un paso importante para cambiar la percepción de la discapacidad y asegurar que las sociedades reconozcan que es necesario proporcionar a todas las personas la oportunidad de vivir la vida con la mayor plenitud posible (Naciones Unidas, 2007).

El propósito de la CDPD ha sido promover, proteger y garantizar el disfrute pleno y por igual del conjunto de los derechos humanos de las personas con discapacidad, en ella se reconoce que la discapacidad es un concepto que evoluciona y es resultado de la interacción entre la deficiencia de una persona y los obstáculos tales como barreras físicas y actitudes imperantes que impiden su participación en la sociedad. Cuantos más obstáculos hay, más discapacitada se vuelve una persona. Dentro de las discapacidades se incluyen: físicas, mentales, intelectuales y sensoriales tales como ceguera, sordera, deterioro de la movilidad y deficiencias en el desarrollo (Naciones Unidas, 2006).

Esta Convención está conformada por 50 Artículos, que cubren una serie de ámbitos tales como accesibilidad, libertad de movimiento, salud, educación, empleo, habilitación y rehabilitación, participación en la vida política, igualdad y la no discriminación.

Partiendo del interés que subyace a la presente tesis, sobre la atención que se puede brindar a la población con DI en referencia al desarrollo emocional, se analizará con mayor detenimiento los Art. 24 y Art. 25 correspondientes a los rubros de Educación y Salud respectivamente.

En el Art. 24, referente a la Educación “se intenta promover el potencial humano, el sentido de la dignidad, autoestima y reforzar el respeto por los derechos humanos, de desarrollar al máximo la personalidad, los talentos y la creatividad, así como sus aptitudes mentales y físicas, de hacer posible que las personas participen de manera efectiva en una sociedad libre. El derecho de no ser excluidas del sistema general de educación, en el cual se realizan los ajustes personalizados y se faciliten los apoyos necesarios que promuevan su desarrollo académico y social, de conformidad con el objetivo de la plena inclusión” (CONAPRED, 2007, p.25).

Como es posible observar en este Artículo se mencionan conceptos como *autoestima*, *desarrollo de personalidad*, sin embargo, dentro del contexto escolar no se hace referencia a ningún tipo de apoyo, se abren oportunidades de integración escolar; pero no dejan claro cómo se brindará atención al desarrollo emocional en los ambientes educativos o qué tipo de apoyos se emplearán para fomentarlos para poder alcanzar una vida plena.

Por su parte en el Art. 25 Salud reconoce que “las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad. Los estados que forman parte de la Convención adoptarán las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas a los servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud” (CONAPRED, 2007, p.26).

Con respecto a este Artículo se puede observar que la atención que brinda a la salud se refiere a la salud física, pero no se menciona si tendrán atención a la salud emocional, ya que independientemente del tipo de discapacidad la población requiere constantemente de apoyo en esta área para poder desarrollarse de manera integral igual que cualquier otra persona. Es importante considerar que no solo se debe brindar atención a la salud física, sino también dar un lugar primordial al bienestar emocional, base necesaria para poder desarrollar

y establecer buenas relaciones interpersonales que son la clave para su inclusión a todos niveles.

Con respecto a la información estadística que se logró recopilar en las tablas presentadas con anterioridad, viene a debatir si se cumplen o no con los acuerdos del protocolo de las personas con discapacidad, tal como se hace mención en el Art. 31. Recopilación de datos y estadísticas refiriendo que: “los estados parte asumirán la responsabilidad de difundir estas estadísticas y asegurar que sean accesibles... (p.32)”. Ya que deberían asegurarse que la información estadística, tenga la difusión necesaria para que los organismos gubernamentales tomen las medidas necesarias para la elaboración de servicios y programas que mejoren la calidad de vida de esta población. “Para ello debe fortalecerse la comunicación entre los productores de estadísticas de discapacidad, los programadores y técnicos en el tema de la inclusión social de las personas con discapacidad en las esferas de gobierno” (Schkolnik, 2009, p16).

Finalmente, también se resalta la importancia de los logros que se han tenido a partir de la creación de la Convención, tales como la inclusión laboral, el derecho en la atención a la salud y educación. Sin embargo, se considera que para lograr una atención integral está faltando atender un aspecto fundamental, que es la atención en el área emocional. Si tenemos claro que cualquier persona independientemente de que viva con esta condición o no, y que a nivel emocional no cuente con una estabilidad, será muy difícil que logre desarrollar una inclusión de manera exitosa en cualquier ámbito ya sea familiar, escolar o laboral.

II. DESARROLLO EMOCIONAL

Las emociones están presentes en nuestra vida, desde que nacemos y juegan un papel relevante en la construcción de nuestra personalidad e interacción social. Se viven las emociones en cualquier espacio y tiempo, con la familia, los amigos, en la escuela y maestros. Tiene una función social, puesto que facilita la aparición de las conductas apropiadas, la expresión de las emociones permite a los demás predecir el comportamiento asociado con las mismas, lo cual tiene un indudable valor en los procesos de relación interpersonal (Reeve, 1994); es posible destacar varias de ellas, como son las de facilitar la interacción social, controlar la conducta de los demás, permitir la comunicación de los estados afectivos o promover la conducta prosocial (Izard, 1989, cit. en Choliz, 2005).

La expresión de las emociones básicas comienzan en la infancia, los bebés dependen de los adultos para regular las emociones; por ejemplo cuando un niño se angustia y empieza a llorar, el adulto responde consolándolo tanto físicamente como verbalmente. Por lo que el desarrollo del lenguaje, cumple una función reguladora de las emociones, inicialmente es una estrategia usada por los adultos y eventualmente se convierte en una estrategia extrínseca utilizada por los niños para hablar o pensar acerca de sus emociones (McClure y cols, 2009).

En este capítulo se analizará con mayor detalle el tema de las emociones, partiendo de la premisa de que cualquier persona que no se encuentre de cierta forma estable en el área emocional, difícilmente podrá tener un desarrollo integral en los demás aspectos de su vida. Es por ello que para los fines de la presente investigación, es importante conocer cómo es el desarrollo emocional desde la infancia, las principales teorías que abordan el tema, para finalmente vincularlas con la población con DI desde la Teoría del Apego.

2.1 Emociones.

Desde el punto de vista de Bisquerra (2009) las emociones son una parte primordial de la vida humana y se expresan continuamente. Sin embargo, pocas veces las personas se detienen a reflexionar sobre cómo influyen éstas en el pensamiento y en la forma de actuar. Identifica tres componentes de las emociones: neurofisiológico, comportamental y cognitivo. El primero de ellos se refiere a las respuestas como taquicardia, sudoración, cambios en el tono muscular, mismos que inician en el Sistema Nervioso Central, el segundo se refiere al observar los movimientos corporales de las personas y con los cuales podemos inferir qué tipo de emoción está experimentando a partir de su expresión en el rostro (lenguaje no verbal) y el tono de voz que utiliza. Mientras que el componente cognitivo: permite tomar conciencia de la emoción que se está experimentando y etiquetarla en función del dominio del lenguaje verbal, por lo que una limitación implicará restricciones en el conocimiento de lo que pasa con esa emoción, provocando una sensación de no sé qué me pasa.

A lo largo de la vida es esencial ser capaz de reconocer las propias emociones y ser capaz de ponerles un nombre a esa emoción, el componente cognitivo coincide con lo que se denomina sentimiento (Bisquerra, 2009).

En este sentido el primer vínculo de apego que se genera desde el momento del nacimiento es con la madre, éste se irá fortaleciendo gradualmente durante el proceso de satisfacción de necesidades fisiológicas y afectivas; ella es quién irá regulando las expresiones emocionales de sus hijos a través de juegos y de sus propias expresiones, de modo que el niño imitará al modelo materno. Se ha podido observar que elevados niveles de alegría materna se relacionan con altos índices de alegría en los bebés. A medida que el niño crece, la madre va a ir respondiendo a las señales positivas tales como la alegría y menos a las negativas, como las rabietas o la tristeza. Consecuentemente, los niños se irán

regulando en función de la aceptación o rechazo por parte de sus cuidadores (Abarca, 2003).

Según Choliz (2005) las emociones que experimentamos a lo largo de nuestra vida, van a tener alguna función que les confiere utilidad, incluso las más desagradables son parte de la adaptación social y del ajuste personal.

Fernández- Abascal (2003, cit. en Reyna, 2011) clasifican las emociones en dos tipos: primarias o secundarias, las primarias se encuentran ligadas a la maduración de los mecanismos y estructuras neurales que son las bases del proceso emocional y que, a lo largo del desarrollo facilitan la formación de patrones de evaluación y de respuesta; un ejemplo de ellas son la alegría, la tristeza y la sorpresa. Por otra parte, las emociones secundarias son producto de la socialización y del desarrollo de capacidades cognitivas, como por ejemplo la culpa, la vergüenza y los celos. En este tipo de emociones influye la cultura en la que se desarrolla la persona y su historia personal.

2.2 Teorías que estudian el desarrollo emocional.

Como ya se había mencionado, durante la primera infancia (0-6 años) los niños aprenden a regular sus emociones y requieren del apoyo de sus padres para lograrlo. Posteriormente, con el desarrollo de su lenguaje tendrán la capacidad de verbalizarlas, iniciando un nuevo camino hacia la regulación emocional. Se considera una etapa crítica de aprendizaje ya que los niños van formando sus actitudes y adquieren hábitos emocionales (Abarca, 2003).

Algunas de las principales teorías enfocadas al desarrollo emocional y sus aportaciones son las siguientes.

Donald Winnicott (1951) destacaba la importancia del ambiente como facilitador de la maduración a través del rol materno, permitiendo la integración del “yo” y el paso de la dependencia a la independencia del niño.

El objeto transicional es un objeto elegido por el niño, puede ser su pulgar, un trozo de tela, un peluche o cualquier objeto que pueda ocupar un espacio transicional⁴ y que el niño usa para confortarse cuando experimenta la ausencia de la madre (Richino, 2005). Este objeto facilitará el proceso de separación de la madre y, por consiguiente su maduración emocional, la cual acontece dentro del espacio potencial, un lugar seguro entre la madre y el bebé, en donde empieza a consolidarse su “yo” y a potenciarse su personalidad (López, 2009).

Consideraba que la madre «suficientemente buena» tenía la capacidad de realizar una adaptación activa y sensible a las necesidades del “ello” y del “yo” de su pequeño. De manera que la madre responde a las necesidades de su bebé y también instrumenta el Principio de Realidad introduciendo frustraciones necesarias para su desarrollo emocional. En tal sentido, existen tres funciones centrales que la madre o el medio debe cumplir para que estos procesos no se vean entorpecidos: el «holding» (sostén), el «handling» (manipulación) y «la presentación del objeto» o de la realidad externa con la apreciación del tiempo y el espacio (Richino, 2005).

Erick Erickson (1956) centró su interés en cómo los niños socializaban y cómo ello afectaba su identidad personal. Su teoría de desarrollo psicosocial estableció ocho estadios, donde cada etapa es un avance, un estancamiento o una regresión con respecto a las otras, de manera que la culminación exitosa de cada una de ellas da lugar a una personalidad sana y a interacciones acertadas con los demás. Consideró que el desarrollo de la personalidad nace de la relación entre las expectativas personales y las limitaciones del ambiente cultural, por lo que la vida gira en torno a la persona y al medio en el cual se desenvuelve. De los ocho estadios solo se retomará el primero que se encuentran más relacionado al desarrollo emocional.

⁴ El espacio transicional se irá construyendo en la medida en que el niño va adquiriendo experiencias con los objetos y los diferentes fenómenos. Los objetos que allí se dan no son ni internos, ni externos son de ambas cualidades a la vez.

1. Confianza frente a desconfianza (desde el nacimiento hasta 1 año): los bebés tienen que aprender a confiar en los adultos que se encargan de satisfacer sus necesidades. Si sus cuidadores llevan a cabo esta tarea de forma adecuada y responden a sus demandas, aprenderán a confiar en otras personas. Sin embargo, si no les cuidan correctamente o incluso les rechazan, el niño puede percibir que el mundo es un lugar peligroso en el que ni siquiera puede confiar de las personas más allegadas. Durante este primer momento las relaciones sociales del bebé se limitan, casi exclusivamente, a la madre u otro cuidador principal.
2. Autonomía frente a vergüenza (1 a 3 años): este es un momento importante para la adquisición de autonomía del niño. Aprende a controlar esfínteres, a comer solo y a adquirir el lenguaje verbal. Si el niño o niña no llegan a alcanzar ciertos niveles de autonomía, puede dudar de sus capacidades y sentirse avergonzado. Según Erickson, los principales agentes sociales son el padre y la madre.
3. Iniciativa frente a culpa (3 a 6 años): el niño muestra nuevas capacidades que le permiten ir asumiendo retos más complejos y responsabilidades. Habitualmente va a querer hacer muchas más cosas, se plantea objetivos que entrarán en conflicto con lo que su entorno le permite, estos conflictos pueden provocar un sentimiento de culpabilidad. Debe aprender a encontrar un equilibrio entre defender sus iniciativas y entender que eso no debe afectar los derechos o metas de los demás. El agente social determinante ahora es la familia.
4. Laboriosidad frente a inferioridad (6 a 12 años): el ámbito académico será uno de los principales escenarios en los que se desenvuelve, en esta etapa debe adquirir nuevas habilidades académicas y, en este proceso, se compara con sus iguales. En caso de no conseguirlas aparecerá el sentimiento de inferioridad.

5. Identidad frente confusión de roles (12 a 20 años): durante la adolescencia, se pregunta quién es y trata de buscar su identidad, puesto que ya no se siente como un niño pero tampoco se identifica con el mundo de los adultos. Los adolescentes deben establecer su identidad social y ocupacional básica y enfocarse hacia dónde quieren dirigir sus vidas. Si no lo consiguen, se sentirán confusos en cuanto al papel que desempeñan como adultos.
6. Intimidad frente aislamiento (20 a 40 años): durante esta etapa se establecen y consolidan las relaciones de amistad y compañerismo, también suelen formalizarse las relaciones de pareja, lo que genera que se adopten conductas de mayor intimidad con esas personas. Si no se consigue construir este tipo de relaciones, aparecerá un sentimiento de soledad.
7. Generatividad frente estancamiento (40 a 65 años): los adultos se encargan fundamentalmente de funciones como el cuidado de los hijos, la consolidación de su situación laboral y la aceptación de diversas responsabilidades. Aquellos que son incapaces o no desean asumir estas responsabilidades quedarán estancados y centralizados en sí mismos.
8. Integridad frente desesperación (a partir de 65 años): es el momento en que la persona examina lo que ha sido su vida y realiza un balance. Si se valora como una experiencia llena de sentido, productiva y feliz, se generará un sentimiento de integridad, sin embargo, si la mirada al pasado es decepcionante, y ante la imposibilidad de generar grandes cambios debido a la cercanía con la muerte, el sentimiento predominante es la desesperación (Trujillo, Martín, 2010).

John Bowlby (1969) planteó la Teoría del Apego, en ella contempla el vínculo de apego como punto de partida para la supervivencia, una precondition para todas las interacciones humanas significativas. Resaltaba que todo hombre tiene la

necesidad de establecer lazos emocionales íntimos, que llamaba apegos para el logro de un desarrollo pleno de la personalidad y que estos lazos emocionales no son exclusivos de la edad infantil, sino que perduran y son necesarios incluso en la edad adulta. Durante la infancia estos lazos se establecen con los padres, a los que se recurre y acude en busca de protección, consuelo y apoyo (Schorn, 2003).

De acuerdo al tipo de apego que el niño llegue a establecer con su madre dependerá de la interacción y sensibilidad con ella. Si esta interacción es positiva, el niño confiará en su madre y se convertirá en una base segura desde la cual el niño explorará el mundo y se sentirá seguro. El desarrollo del “yo” y de la conciencia del niño sólo podrá lograrse satisfactoriamente si sus primeras relaciones humanas son felices y duraderas, lo que forzosamente ha de influir sobre sus relaciones futuras (Schorn, 2003).

Más adelante se abordará con mayor detenimiento los estilos de apego que pueden desarrollar los niños, ya que dependiendo del tipo de relación que desarrolle con su madre determinará en gran parte el desarrollo del niño.

Margaret Mahler (1975) planteaba que el apego entre el niño y la madre conducía a un estado de simbiosis entre ambos, esa dependencia o apego del niño a su madre sólo formaría parte de una fase inicial en la búsqueda de la independencia o separación. Describió el desarrollo de la conducta a través de tres fases fundamentales (Schorn, 2003):

1°. Fase autista: el primer mes de vida.

2°. Fase simbiótica (2 a 3 meses): en donde el niño actúa y funciona considerando que su madre y él forman una unidad dual dentro de un ámbito común.

3°. Fase de separación-individuación (5 meses a 2 años y medio): facilitada por el logro de la locomoción, el niño comienza a inspeccionar el mundo que

es diferente al materno, el cual es un proceso gradual que transita a través de las siguientes subfases:

- a) Diferenciación (4-10 meses): el niño comienza a diferenciar la representación mental que tiene de sí mismo de la que tiene de su madre.
- b) Práctica (9-18 meses): practica la separación física cada vez mayor, favoreciendo ese proceso de diferenciación.
- c) Acercamiento-reconciliación (15-24 meses): se caracteriza por la ambivalencia del niño cuando necesita contacto con su madre, experimentando la necesidad de volver a ella en busca de protección, por lo que el apoyo emocional proporcionado es crucial.
- d) Comienzo de la constancia del objeto: capacidad que experimenta el niño para percibir un objeto o una persona como una entidad concreta, estable y diversa de cualquier otra, independientemente de la acción por ella.

Lewis y Michelson (1983) propusieron el Análisis Estructural de las emociones distinguiendo entre “estados emocionales”, “expresiones” y “experiencias emocionales”. El *estado emocional* implica cambios internos en la actividad somática y/o fisiológica, mientras que la *expresión emocional* registra los cambios observables en la cara, cuerpo, voz y nivel de actividad que se producen cuando el Sistema Nervioso Central es activado por estímulos emocionales importantes. En cambio la *experiencia emocional* se refiere a las consecuencias de valoración y la interpretación cognitiva por parte de los individuos en la percepción de sus estados y expresiones emocionales (Pérez, 2003).

Comúnmente las expresiones de los lactantes nos dicen poco sobre su experiencia emocional, sin embargo, las personas a su alrededor responden a las mismas como si fueran fiel reflejo a una experiencia subjetiva. De este modo, el entorno social le proporcionará al niño las normas con las que aprenderá a

evaluar e interpretar sus emociones es decir, a experimentar sus propias conductas y estados de ánimo (Pérez, 2003).

Rene Spitz (1983/1945) señaló que las emociones desempeñaban un papel fundamental en el establecimiento de lazos afectivos entre el adulto y el niño. La expresión de estas emociones en la edad temprana son “la sonrisa”, “la ansiedad ante el extraño” y la “negación”, mismos que son consideradas como organizadores del desarrollo afectivo del niño y como punto de referencia en su evolución emocional.

El primer organizador es la sonrisa, aparece alrededor del primer mes de vida, los niños no aprenden a sonreír, sino a identificar rasgos de la cara de su cuidador. El segundo es la ansiedad ante un extraño, teniendo una manifestación variada en cada niño, debido a que ha desarrollado una memoria de evocación y un proceso de inferencia rudimentaria que compara su representación interna con el desconocido (Pérez, 2003).

La ansiedad aparece entre el sexto u octavo mes, caracterizado por una protesta cuando se les separa de sus padres, dependiendo del tiempo que pasen separados tendrán tres tipos de respuesta: *desesperación*, con una duración inferior a 15 días, la cual se puede manifestar con trastornos de la alimentación, llanto, rechazo de caricias y juguetes. *Ambivalencia* si la separación supera el mes, y cuando reaparece la figura de apego se muestran esquivos y distantes. El *desapego* se produce si la separación se alarga durante meses o años, ya que se rompe el vínculo afectivo y puede establecerse otra relación de apego con otros adultos (Pérez, 2003).

Como tercer organizador, se observa la aparición del “no”, aproximadamente a los 9 meses, el desarrollo motor le confiere mayor control sobre su cuerpo y movilidad, rechazando normas y reglas que se le quieren imponer, suelen mostrarse descontrolados e impulsivos (Pérez, 2003).

Para Henri Wallon (1987), el ser humano se desarrollaba según el medio al que pertenecía, de modo que el desarrollo a nivel cognitivo estaba íntimamente ligado a su crecimiento social y afectivo, desde su perspectiva los progresos se reflejan en tres dimensiones: la construcción de la personalidad, las relaciones con los adultos y con sus iguales (Pérez, 2003). Durante este periodo hay momentos críticos en el desarrollo, en donde algunos aprendizajes son más fáciles que otros. Para él la infancia tenía un significado propio y un papel fundamental que era la formación del hombre (Molina, 2009).

Propuso cinco estadios: 1º Estadio impulsividad motriz y emocional, 2º Estadio sensoriomotriz y emocional, 3º Estadio personalismo, 4º Pensamiento categorial, 5º Pubertad y Adolescencia, considerando que cada uno de ellos son momentos de evolución en el que las personas tienen un determinado tipo de comportamiento, procesos que son discontinuos con crisis y saltos apreciables.

De estos cinco estadios se retomarán los dos primeros para comprender el desarrollo emocional durante la infancia (Trujillo, Martín, 2010):

1º. Estadio impulsividad motriz y emocional (0 – 1 año): el niño no muestra una coordinación clara de movimientos, sino que se les considera fundamentalmente como impulsivos y sin sentido. Los factores principales de este estadio son la maduración de la sensibilidad y del entorno humano, mismos que ayudarán al desarrollo de diferentes formas expresivas.

2º Estadio sensoriomotriz y emocional (2 - 3 años): periodo en que la emoción es dominante y tiene su base en las diferenciaciones del tono muscular, cumpliendo tres funciones importantes:

- a) Permite al niño el contacto con el mundo humano y por tanto la sociedad.
- b) Posibilita la aparición de la conciencia de sí mismo.
- c) En la medida en que él es capaz, expresa sus necesidades emocionales.

3° Estadio personalismo (3 - 6 años): etapa en que los niños consolidan su personalidad, empiezan a presentar oposición hacia las personas que le rodean debido al deseo de ser distinto y de manifestar su propio yo. A partir de los tres años toma conciencia de que él tiene un cuerpo propio y distinto al de los demás, con expresiones y emociones propias.

4° Pensamiento categorial. De los 6 a los 11 años se producen las construcciones de la categoría de la inteligencia por medio del pensamiento categorial, primero identifica a los objetos por medio de cuadros representativos, posteriormente explica la existencia de esos objetos, por medio de relaciones de espacio, tiempo y casualidad. En el desarrollo del pensamiento categorial, se diferencian dos fases:

- 1ª fase (de 6 a 9 años). El niño nombra las cosas, y luego se da cuenta de las relaciones que hay entre esas cosas.
- 2ª fase (de 9 a 12 años). Se pasa de una situación de definición (que es la primera fase) a una situación de clasificación. El niño en esta fase clasifica los objetos que antes había enunciado y los clasifica según distintas categorías.

5° Pubertad y adolescencia. Se caracteriza por su capacidad de conocimiento altamente desarrollado y, por una inmadurez afectiva y de personalidad, lo cual produce un conflicto, que debe ser superado para un desarrollo normal de la personalidad, es un momento de cambio a todos niveles.

Como se pudo leer a lo largo del presente capítulo, son diversas las teorías que fueron estructuradas tomando como punto de referencia a la población en general, y ha sido la Teoría del Apego en la cual se encontró un material de los autores Vargas y Polaino (1996) en su libro titulado “La familia del deficiente mental”, así como Marta Schorn (2003) en su libro “La capacidad en la discapacidad: sordera, discapacidad intelectual, sexualidad y autismo”. Por ello se considera útil retomar los aportes realizados como apoyo central de la presente

tesis al ser una teoría enfocada para comprender mejor el desarrollo emocional en esta población, información que en el siguiente apartado se abordará con mayor detenimiento.

2.3 Desarrollo emocional en personas con DI desde la Teoría del Apego.

Los estudios realizados por Bowlby se centraron en la relación del niño con su madre, consideró que el vínculo entre el padre y el niño se hace más fuerte sólo cuando el niño comienza a valerse por sí mismo. De ahí la importancia que el vínculo con la madre sea más importante durante sus primeros años de vida, debido a que es ella quien por lo general lo alimenta, viste, baña y conforta (Vargas, Polaino, 1996).

Del punto de vista de Vargas y Polaino (1996) el mantener una interacción positiva madre-hijo, facilitará el establecimiento de un apego seguro, el cual genera confianza en la disponibilidad materna y, por consiguiente, una relativa confianza en sí mismo (autoconfianza). Una vez que el niño logra adquirir esa confianza, la madre es percibida como una base segura a partir de la cual explorará el medio. Es decir, un niño seguro que iniciará la exploración del ambiente y desarrollará un aprendizaje activo y comunicación con los demás.

Por ello el apego que llegue a desarrollar con su madre será el punto de partida, para que el niño pueda hacerse autónomo, autonomía que se desarrollará de forma progresiva a través de esa interacción. Por el contrario, si tal vinculación no se lograra o quedara interrumpida, crecerá su propia inseguridad y desconfianza.

“El niño con DI es un niño en riesgo, por presentar mayores probabilidades de tener problemas en su desarrollo que otros, su expresividad es más reducida, exhiben, por lo general, una menor participación interactiva, mostrándose inactivos y no respondientes” (Vargas, Polaino, 1996, p.50).

La madre ante la apariencia enferma de su hijo muy probablemente reduzca o disminuya el tono de su voz, a la que el niño no podrá responder por no percibirla. Por lo tanto, el desajuste entre las necesidades del niño (estímulos) y la actuación de su madre, originará problemas en su interacción y comunicación. “Ese deterioro de la respuesta comunicativa y de la pasividad puede generar estilos comunicativos maternos más dominantes y directivos y menos respondientes” (Mahoney y Robernalt, 1986; Maurer y Sherrod, 1987, cit. en Vargas, Polaino, 1996, p.51), lo que a su vez puede impedir el desarrollo de la comunicación en el niño, por falta de oportunidades.

Si el niño llegara a experimentar cierta evitación o rechazo por parte de la figura de apego, eso le llevará a formar un modelo inadecuado de sí mismo como un ser no querido, o poco valioso. Es por ello que el vínculo de apego desempeña un papel decisivo en el desarrollo de la regulación emocional, dado que las emociones surgen mayoritariamente en contextos interactivos, la excesiva estimulación, suele provocar emociones que desbordan al niño.

Difícil es de suponer el encuentro de una madre con un hijo cuando lo esperado no coincide con lo imaginado. En la madre se movilizan distintos comportamientos, intentando modificar de alguna u otra forma lo que acontece al niño, estas motivaciones cualesquiera que sean (amor, rechazo, indiferencia) serán percibidas por el hijo y le afectarán indiscutiblemente de manera positiva o negativa (Schorn, 2003).

Por su parte, Ruiz & cols. (2005) consideran que dadas las características propias de los jóvenes con DI, en muchos casos se encuentran con marcadas dificultades en distintos aspectos del área emocional, así generalmente, aparecen problemas en la capacidad de introspección lo que consiguientemente se manifiesta en dificultades en el desarrollo de la empatía, problemas en la expresión adecuada de las emociones tanto mediante el lenguaje verbal como el no verbal.

También se observa en muchos casos una importante dificultad en el control de emociones e impulsos, lo que a su vez constituye un obstáculo en el establecimiento adecuado de relaciones interpersonales. Asimismo, se observa frecuentemente baja autoestima lo que afecta múltiples aspectos de su personalidad y conducta, los cuales se consideran fundamentales trabajar, al ser una base para lograr una vida satisfactoria y plena.

De acuerdo con Ruiz, (2009, cit. en Jiménez, 2006) las personas con DI con alguna frecuencia se caracterizan por presentar algunas de las siguientes características en su personalidad:

- a) Escasa iniciativa: su entorno les proporciona escasas posibilidades de actuar y baja tendencia a la exploración, por lo que se ha de favorecer su participación en actividades sociales cotidianas.
- b) Menor capacidad para inhibirse: les cuesta inhibir su conducta, en situaciones variadas (manifestaciones de afecto efusivas). Se les debe proporcionar apoyo externo, buscando que poco a poco avancen hacia el autocontrol.
- c) Tendencia a la persistencia de las conductas y resistencia al cambio, se les dificulta cambiar de actividad o iniciar nuevas tareas, lo que puede hacer que en algunos casos parezcan "obstinados". Sin embargo, en otras ocasiones se observa falta de constancia, especialmente en la realización de actividades que no son de su interés. Es recomendable acostumbrarles a cambiar de actividad periódicamente, para facilitarles su adaptación a un entorno social en continua transformación.
- d) Baja capacidad de respuesta y de reacción frente al ambiente, responden con menor intensidad ante las situaciones externas, aparentando desinterés, pasividad o apatía frente a lo nuevo. Tienen además una más baja capacidad para interpretar y analizar los acontecimientos externos.

De acuerdo con Schorn (2003, p.20-21) las modalidades de vinculación de los padres dan lugar a distintos estilos de apego de los niños con discapacidad.

1. “Apego ansioso o evitativo. Los padres están más centrados en sus dolores personales que en la atención de los requerimientos de su bebé. No se sienten orgullosos de ellos y no son capaces de mostrarlos con placer, al no estar disponibles para captar las señales emitidas por el bebé, no pueden entender ni decodificar las necesidades de ellos. Esto genera respuestas tardías o inadecuadas de parte de los niños estableciendo un apego ansioso hacia sus padres.
2. Apego desorganizado o ansioso. Se genera a partir de las respuestas de excesiva preocupación de parte de los padres en la relación con sus hijos. Temen siempre que algo malo le pueda suceder. Son niños que no pueden tolerar ni la más mínima separación. La sobreprotección por parte de los padres, se expresa en permanentes regalos o atenciones innecesarias impidiendo al niño un verdadero aprendizaje de lo que puede o no hacer, viviendo como en una caja de cristal.
3. Apego seguro. Los padres que pueden superar el dolor por lo no esperado y apuestan a la vida colaboran para un desarrollo más armónico de sus hijos. Disfrutan del placer del encuentro, las sonrisas, miradas, balbuceos, no se desalientan por lo difícil que esto puede llegar a ser. Posibilitan a partir de ese juego de cercanía respuestas más rápidas, contribuyendo al descubrimiento conjunto del mundo que los rodea. Saben que su hijo tiene un ritmo más lento al de los otros niños, pero son conscientes que si ellos no lo estimulan apropiadamente, los pequeños pueden refugiarse en un comportamiento insensible. A partir de esta modalidad, los niños sienten a su madre en disponibilidad logrando instalarse apegos seguros y confiados”.

Finalmente, se considera que una inadecuada relación con la figura de apego, que no le proporcione al niño la suficiente seguridad e independencia, dificultará y reducirá su interacción con los otros niños, situación que obstaculizará la adquisición de destrezas sociales, llevándolo a fracasar en los pocos intentos que realiza para acercarse a sus iguales. Dicho fracaso, contribuirá a disminuir aún más su sentido de competencia social, y por lo tanto, a rechazar y ser rechazado por los otros niños. Estará en disposición de formar un concepto de sí mismo como un ser no querido, o poco valioso, lo que condicionará en el futuro sus expectativas y el establecimiento de nuevas relaciones (Vargas, Polaino, 1996).

III. ARTE TERAPIA.

El Arte terapia (AT) es una herramienta de comunicación no verbal, en donde las imágenes visuales contribuyen a la exteriorización de pensamientos y sentimientos, su enfoque no radica en el valor estético de la obra. Ayuda a ponerse en contacto con la propia capacidad para resolver problemas y avanzar hacia el cambio.

El papel del arte es valioso, especialmente para alguien que no puede articular con facilidad sus propios sentimientos y que necesitan la seguridad de un medio de apoyo para expresarse más plenamente y directamente (recuperado en www.iacat.ie el 8 de marzo de 2012).

En la opinión de Hauser (2011) el carácter flexible e interdisciplinar que plantea el AT es una labor compleja a la hora de buscar una concepción única sobre su significado con la integración de varias disciplinas. Como indica la Westchester Art Therapy Association, los arte terapeutas representan una amplia gama de teorías y prácticas, englobados en numerosas denominaciones. Lo más habitual es encontrarlo bajo el nombre de terapia artística o arte-terapia, pero también se encuentran habitualmente los términos: psicoterapia por el arte, terapias creativas, terapias expresivas o de expresión.

Todas las asociaciones que trabajan con AT en el mundo, aportan definiciones respecto a esta disciplina, algunas de ellas incluyen la Musicoterapia, Danza - Movimiento, Dramaterapia y Arte terapia (plástica), siendo el lenguaje artístico la base para facilitar la comunicación. A continuación se presenta un breve resumen de las principales características que aporta la Irish Association of Creative Art Therapist (recuperado en www.iacat.ie, 2014) sobre cada una de ellas:

Arteterapia (plástica): permite explorar y tener un mejor autoconocimiento mediante la exploración de los pensamientos y sentimientos. La expresión se realiza mediante la creación de imágenes o esculturas. Los arte terapeutas son entrenados para ser sensibles y observar las creaciones junto con el cliente, explorando y reflexionando sobre el proceso creativo. El AT es utilizada en situaciones en las que las palabras no son suficientes, proporcionando un medio de expresión mediante el cual la persona puede expresarse en un entorno seguro.

Musicoterapia: es una intervención predominantemente no verbal utilizando la música y el sonido como base para la interacción. La música es creada de forma interactiva por los clientes y terapeutas que usan una variedad de instrumentos. Se encuentra dirigida a personas de todas las edades que tienen dificultades físicas, de aprendizaje, sociales o emocionales. Se trabaja en sesiones individuales o grupales. Ofrece un espacio creativo y seguro para la exploración, expresión y desarrollo cuando la comunicación verbal es insuficiente o inexistente. Su objetivo es promover el potencial creativo del cliente que fomente su independencia y autoestima.

Danza – Movimiento: utiliza el movimiento y la danza creativa para ayudar a las personas y favorecer su integración emocional, cognitiva, física y social. Facilita la libertad de experimentar y expresar toda la gama de emociones en un ambiente seguro, en donde los sentimientos se pueden expresar, reconocer y comunicar. Basada en el principio de que el movimiento refleja la forma del individuo para pensar y sentir.

Dramaterapia: definida por el uso intencional y sistemático de los procesos de drama y teatro para lograr el crecimiento psicológico y potenciar el cambio. Los objetivos generales incluyen la exploración de ideas, temas y problemas mediante actividades de teatro, para expresar y explorar los sentimientos, desarrollar la espontaneidad, imaginación y la creatividad, mejorando la visión de la propia imagen, la confianza en uno mismo y el desarrollo de habilidades sociales. Implica diferentes formas de expresión, tales como el movimiento, el trabajo de la voz, el lenguaje corporal y el habla, ayudando al proceso de crecimiento emocional a través del desarrollo de la confianza.

Los métodos utilizados incluyen el juego espontáneo y dramático, juegos de teatro, juego de roles, las máscaras, los mitos, historias, metáforas.

3.1 Antecedentes Históricos del Arte terapia.

La actividad artística ha formado parte de todas las culturas, han dejado testimonio de cómo nuestros antepasados creaban pinturas en cavernas con las huellas de sus manos, dibujos de animales, figuras modeladas con barro, máscaras; manifestaciones simbólicas que representan las primeras pulsiones creativas que han acompañado al ser humano hasta nuestros días (López, 2009).

El arte y los artistas han sido excelentes mediadores entre las personas y sus incógnitas, el Arte terapia ha desarrollado un puente hacia la comprensión y superación de los problemas valiéndose de la elaboración e interpretación de imágenes plásticas, a través de un proceso creativo de naturaleza no verbal (Polo, 2000).

El Arte terapia surgió como modalidad terapéutica en el siglo XIX. *Max Simon*, publicó en 1978 el libro “La imaginación de la locura” en donde trató de establecer una correspondencia entre los síntomas patológicos y el estilo pictórico. Tras observar los dibujos y pinturas de personas ingresadas en manicomios, sostenía que los delirios quedaban reflejados en las obras de estas personas (López, 2009).

En Gran Bretaña en 1942 el artista *Adrian Hill* utilizó por primera vez el término de Arte terapia. Estando convaleciente de la segunda Guerra Mundial, comenzó a realizar sus propias creaciones artísticas con la intención de liberarse de la nostalgia, angustia y malos recuerdos que habían quedado grabados en su memoria. Notó que al explorar sus propias experiencias mediante el arte y el proceso creativo, le ayudaba a recuperarse emocionalmente (Moreno, 2007).

Años más tarde (1946) se convirtió en el primer “terapeuta de arte” remunerado de un hospital, teniendo como foco de atención a los enfermos que vivieron la guerra (Barra, 2010).

Entre 1947 y 1950 *Margaret Naumburg* una de las arte terapeutas pioneras publicó dos libros: “Free Art Expression of Behavior Disturbed Children as a Means of Diagnosis and Therapy” y “Schizophrenic Art: Its Meaning in Psychotherapy”. En ambas obras describió la aplicación de sus proyectos de trabajo de AT iniciando así con una nueva dimensión del uso del arte como terapia, sus trabajos fueron presentados en Congresos de Psiquiatría en varios estados de Estados Unidos, entre los que se destacan:

- ∂ Annual Meeting of the American Psychiatric Association (Chicago, 1946).
- ∂ Art Therapy in Diagnosis and Treatment of Behavior Problem Children, 5° Congress of Pediatric (Nueva York, 1947).
- ∂ Conferencias sobre AT a residentes del Institute of Pennsylvania Hospital (1949-1951)
- ∂ New York Postgraduate Center for Psychotherapy (1950)
- ∂ Curso introductorio de AT en la Universidad de Nueva York (Naumburg, 1987 cit. en López, 2009).

Por su parte *Edith Kramer* considerada otra de las iniciadoras de esta forma de trabajo, impartió clases de expresión plástica a niños refugiados de la Alemania nazi, mismas que le permitieron percatarse del valor terapéutico de las actividades plásticas. En su primer libro “Terapia a través del arte en una comunidad infantil” (1958) expuso las bases teórico-plásticas de su trabajo en el Wiltwyck School. Su técnica se basaba en la idea de que todas las personas, estén o no entrenadas artísticamente, poseen una capacidad latente para proyectar sus conflictos internos bajo formas visuales y que aquellas personas bloqueadas en su expresión verbal comenzarían a verbalizarlos con el fin de explicar sus producciones artísticas (Naumburg 1978, cit. en Moreno, 2007).

En 1959 en Verona se creó la Société Internationale de Psychopathologie de l'Expression (SIPE) durante el primer Congreso Internacional de Arte de Psicopatología, ésta tuvo el objetivo de establecer vínculos entre los diversos especialistas interesados en las relaciones de expresión, creación y arte y la investigación nacional e internacional en el campo de la Psiquiatría y Arte terapia, Psicoanálisis, Psicología y Sociología. Los miembros de la Asociación provenían de todos los continentes, especialmente Europa (Alemania, Inglaterra, Bélgica, Hungría, Francia, Italia, Yugoslavia, Polonia, Rusia, Grecia, Suiza, Portugal) norte y sur de América, Oriente, India y Oceanía (SIPE, 2012).

En 1961 se publicó el primer número de la revista *American Journal of Art Therapy*, el cual constituyó el primer encuentro editorial de una serie de teóricos que hasta entonces trabajaban de manera individual. Posteriormente en 1964 se crearon las primeras Asociaciones profesionales de arte terapeutas: en Francia la Société Française de Psychopathologie de l'Expression, en el Reino Unido la British Association of Art Therapists (BAAT), para 1969 se fundó la American Art Therapies Association (AATA) en Estados Unidos (Foro Iberoamericano de Arte terapia, 2012).

Por su parte la National Health Service en Gran Bretaña en 1982 reconoció el trabajo del arte terapeuta como una profesión. En este mismo año se creó la Asociación Italiana de Arte Terapia, con formación profesional en el extranjero (Estados Unidos). Para 1988 se creó la Asociación Europea para la Creatividad de las Personas Discapacitadas (UCREA) y la Federación Francesa de Arte-Terapeutas (FFAT) (Martínez, 2006).

Años más tarde, en 1991, se organizó el consorcio de universidades The European Consortium for Arts Therapies Education (ECARTE), en donde se reunieron las universidades de Hertfordshire, Münster, Nijmegen y Paris, instituciones de enseñanza superior que educaban y ofrecían prácticas de arte terapia, drama terapia, música terapia y danza terapia. Actualmente el Consorcio

está compuesto por 32 miembros de 14 países europeos, entre las cuales se encuentran España, Alemania, Países bajos, Reino Unido, Bélgica, Francia, Suecia, Irlanda, Finlandia (Foro Iberoamericano de Arte terapia, 2012).

Como puede observarse se han producido avances muy significativos en el reconocimiento del AT como profesión, en el caso de Gran Bretaña (1999) se cuenta con un status profesional reconocido dentro del servicio de Sanidad, que implica necesariamente una formación reconocida y un registro profesional con un estatuto protegido.

3.2 Definiciones de Arte terapia.

Existe un gran número de Asociaciones que se encuentran desarrollando proyectos de Arte terapia, la mayoría de ellas integra todas las artes dentro de su trabajo (música, plástica, teatro, danza), a pesar de la gran diversidad de definiciones sobre AT, todas comparten un mismo objetivo: promover la comunicación por medio de las creaciones artísticas, facilitando los cambios positivos de las personas en sus sentimientos y conductas.

A continuación se presentan las definiciones que aportan algunas de ellas:

América
Canadian Art Therapy Association (CATA) Combina el proceso creativo y la psicoterapia, las imágenes toman color y forma como parte de este proceso creativo terapéutico, en donde pensamientos y sentimientos se pueden expresar cuando es difícil articularlos. Su aplicación se realiza de forma individual, en parejas, familias o grupos en asesorías, escuelas, centros de tratamiento, centros de rehabilitación, hospitales, institutos correccionales, centros comunitarios (www.catainfo.ca).

American Art Therapy Association (AATA)

El Arte terapia integra las áreas de desarrollo humano, arte visual (dibujo, pintura, escultura y otras formas de arte) y el proceso creativo con los modelos de consejería y psicoterapia. Se usa con niños, adolescentes, adultos, adultos mayores, grupos y familias para evaluar y tratar ansiedad, depresión, trastornos mentales y emocionales; abuso de sustancias y otras adicciones; dificultades sociales y emocionales relacionados con la discapacidad y enfermedades; problemas físicos, cognitivos y neurológicos. Los programas se encuentran en una serie de escenarios, incluyendo hospitales, clínicas, agencias públicas y comunitarias, centros de salud, instituciones educativas, empresas y consultorios privados. (AATA, 2010).

Centro Integral de Terapia de Arte México (CITA)

Una alternativa terapéutica basada en la expresión a través de materiales de arte para llegar a la exploración y resolución de problemas. El trabajo se desarrolla a través de la externalización del problema por medio de imágenes, que se trabajan como metáforas para visualizar las alternativas del cambio. Entre sus beneficios se encuentran: expresar sentimientos, focalizar problemas, desarrollar habilidades creativas, mejorar la comunicación y resolver conflictos interpersonales (www.terapia-de-arte.com).

Taller Mexicano de Arteterapia

Disciplina que utiliza el arte como un medio terapéutico, para brindarle a cualquier persona canales expresivos y creativos que fortalezcan su desarrollo personal y social, mediante el uso de distintos medios plásticos que sirven como herramientas para expresar inquietudes, enfrentar problemas; desarrollando habilidades y recursos para afrontarlos. En casos de problemas sensoriales, físicos, motores o de adaptación social, alteraciones psíquicas (psicopatologías, síndrome de Down, autismo, Alzheimer (<http://arteterapia.com.mx/>)).

Equipo de Terapias de Arte de Perú

Estimula la terapia a través del arte y sus diversas manifestaciones como la música, la plástica, el drama y la creación literaria. Busca vincular a instituciones que promuevan la utilización de la experiencia creativa en la promoción de la salud en general, la salud mental y la educación, su aplicación se realiza de forma individual o grupal (www.equipotterapiasdearte.com).

Associação Brasileira de Arteterapia (ABA)

Utiliza el lenguaje artístico como base de comunicación, su esencia es la creación estética y la elaboración artística en pro de la salud. Utiliza el lenguaje plástico, sonoro, dramático, corporal y literario. Aplicada en la rehabilitación, prevención y educación de personas con necesidades especiales, su trabajo se realiza en organizaciones de la salud, educación y comunidad permitiendo una mejor calidad de vida (www.aatesp.com.br).

Asociación Chilena de Arte Terapia (ACAT)

La ACAT conceptualiza el Arte terapia como una disciplina que se fundamenta en las creaciones visuales que realiza una persona con diversos materiales artísticos para la creación de una obra visual. El arte como terapia se diferencia de otras disciplinas que utilizan elementos artísticos, como la educación artística, porque utiliza los materiales, las técnicas, el proceso artístico y la obra en sí, con fines terapéuticos. Las técnicas de la terapia artística no se centran en el valor estético del trabajo artístico, sino sobre el proceso terapéutico. El valor terapéutico de las artes, tanto visual, musical como corporal, ha generado una alternativa en las áreas de la Medicina, Educación y Servicio Social. (ACAT, 2010).

Asociación Argentina de Arte Terapia

Resulta de la convergencia de las teorías de la Psicología, las técnicas y conocimientos artísticos. Su objetivo es utilizar herramientas que faciliten la expresión y comunicación del individuo. Abarca especialidades como musicoterapia, danza/movimiento terapia, psicodrama, biblioterapia y Arte terapia (plástica).

Su trabajo se desarrolla con personas que presentan dificultades sociales y emocionales relacionadas con alguna discapacidad y/o enfermedad. Los programas se desarrollan en hospitales, organizaciones públicas y comunitarias, centros de salud, instituciones educativas y en consulta privada (www.asoarteterapia.org.ar).

Europa

Irish Association of Creative Art Therapist (IACAT)

Proporciona un medio alternativo para aquellas personas con dificultades en su expresión, se utiliza en situaciones en donde las palabras no son suficientes, el arte terapeuta proporciona un ambiente sin prejuicios, en donde se favorece la verbalización de sentimientos. Considera que el trabajo permite tener un mejor auto conocimiento mediante la exploración de pensamientos y sentimientos. Representa a las disciplinas de: Arteterapia, Musicoterapia, Terapia de drama y la Terapia de Danza-Movimiento (www.iacat.ie).

London Art Therapy Centre

Proceso que combina la creación artística y la psicoterapia para ayudar al crecimiento individual, la conciencia y la curación. El objetivo es liberar la creatividad, aumentar el conocimiento, resolver conflictos, y/o hacer frente al trauma. Ayudar a resolver los problemas emocionales, dificultades en las relaciones, la autoestima, el duelo, la depresión, la ansiedad, sentirse atrapados, problemas de salud y las luchas generales de la vida. Al participar en el proceso no verbal se puede descubrir nuevos conocimientos y lograr la auto-comprensión (<http://arttherapycentre.com>).

British Association for Art Therapists (BAAT)

Una forma de psicoterapia que utiliza medios artísticos como forma de comunicación, con el propósito de permitir al cliente hacer cambios y lograr crecimiento a nivel personal, en un ambiente seguro y facilitador que ofrece la oportunidad a personas con dificultades para expresar verbalmente sus pensamientos o sentimientos (BAAT, 2010).

Fédération Française des Art thérapeutes (FFAT)

Estimula la verbalización y los procesos creativos de la persona en el cuidado de la salud mental y del cuerpo. Atiende a personas con dificultades psicológicas (enfermedad, envejecimiento, discapacidad, exclusión social, la dependencia, traumatismos) a través de la producción artística: pintura, escultura, danza, música, cine, video, teatro, literatura, a través de éstas la persona expresa, da forma y desarrolla lo decible, como lo indecible. Indicado para personas que tienen dificultad: para comunicarse verbalmente, para organizar y estructurar su pensamiento, conectar palabras, con sus sentimientos, sus emociones y su cuerpo. Se desarrolla en ambientes sociales, educativos, judiciales, y trabajo (www.ffat-federation.org/).

Federazione Italiana Arteterapeuti (FIA)

Actividad que se realiza con el cuerpo y la mente, una forma de educación de la sensibilidad y la percepción. Trabaja sobre situaciones emocionalmente significativas, haciendo fluir emociones conscientes a través de la utilización de técnicas de escritura y el dibujo, considerado un vehículo a nivel sensorial, físico, emocional, imaginativo, cognitivo y verbal (www.centrostudiarteterapia.org).

Sociedade Portuguesa de Arte Terapia (SPAT)

Utiliza el Arte terapia como intermediarios: la pintura, el dibujo, modelado, la escultura, collages, drama y juegos dramáticos, marionetas, la expresión corporal música, canto, poesía, escritura. La expresión artística es fundamental para esta psicoterapia. A través del trabajo con las artes se explora y se tiene un acceso a los sentimientos, sin embargo, la obra de arte no interesa tanto por su valor estético, sino por su valor como mediador de la expresión, como un vehículo para el desarrollo personal. (<http://arte-terapia.com>).

Asociación Profesional de Arteterapeutas España (ATE)

Se caracteriza por el uso de medios y procesos artísticos, el proceso de creación artística y los objetos resultantes actúan como intermediarios, permitiendo que determinados sentimientos o emociones conflictivas encuentren vías de expresión

complementarias o alternativas a la palabra. Su campo de aplicación se extiende a la salud, educación y asistencia social (www.arteterapia.org.es).

Asia

Taiwan Art Therapy Association

Integra la expresión artística, creativa y la psicoterapia, ayuda a las personas para lograr un autoconocimiento y armonizar sus emociones, lo cual les permite mejorar las habilidades sociales, a manejar el comportamiento y a desarrollar habilidades en la resolución de problemas. Se utiliza en el campo de la salud mental, educación y hospitales. Ayuda a las personas con problemas de salud mental, dificultades en el desarrollo y el aprendizaje: retraso del desarrollo, retardo mental, etc. (<http://www.arttherapy.org>).

The Hong Kong Association of Art Therapists

Utilizada el Arteterapia como una herramienta de comunicación no verbal, en donde las imágenes visuales contribuyen a la exteriorización de pensamientos y sentimientos, su enfoque no radica en el valor estético de la obra. Ayuda a ponerse en contacto con la propia capacidad para resolver problemas y avanzar hacia el cambio. La exposición a materiales de arte y el proceso de creación, ayudan a activar la creatividad. Se desarrolla en: hospitales, centros de rehabilitación, escuelas, centros médicos, ayuda a las personas con: dificultades emocionales, trastornos psicológicos, alimenticios, abuso de sustancias y alcohol, discapacidad física, dificultades de aprendizaje, problemas mentales (<http://www.hk-kaat.org>).

Israeli Creative and Expressive Art Therapist Association (ICET/ YAHAT)

Utiliza los procesos creativos y expresivos en el tratamiento de: trastornos adaptativos, trastornos mentales, trastornos emocionales, trastornos orgánicos y de desarrollo, el estrés, duelo, así como el crecimiento emocional. Los grupos que se incluyen son: Arte Terapia Visual y Plástica, Musicoterapia, Movimiento y Danzaterapia, Dramaterapia,

Psicodrama y Biblio Terapia. De gran ayuda para las personas que tienen problemas para expresarse verbalmente, así como para aquellos que utilizan la expresión verbal como la racionalización que les impide entrar en contacto con su mundo emocional (www.yahat.org).

África

Lefika La Phodiso - The Art Therapy Centre

Su principal objetivo es apoyar a la población para hacer frente a sus problemas de forma proactiva, responsable y con empatía. Cada material va a evocar diferentes sentimientos y de la obra creada se van a reflejar las experiencias que marcarán la vida de una persona. Dentro de un espacio seguro en el que la voz de la imagen pueda ser escuchada y comprendida (www.arttherapycentre.co.za).

Oceanía

Australian and New Zealand Arts Therapy Association (ANZATA)

Utiliza modalidades creativas, incluyendo las artes visuales, el drama y la danza/movimiento dentro de una relación terapéutica para mejorar el bienestar físico, mental y emocional de forma individual o grupal, poniendo énfasis en el proceso de creación y construcción de significado, más que en el producto final. Puede ayudar a las personas a resolver conflictos, desarrollar habilidades interpersonales, reducir el estrés, aumentar la autoestima. Alienta a los clientes a expresar sentimientos que pueden ser difíciles de verbalizar, explorar su imaginación y creatividad, aumentar sus habilidades de comunicación, mejorar las habilidades motoras y coordinación corporal, identificar bloques de expresión emocional y crecimiento personal (<http://www.anzata.org/>).

Hace solo tres décadas que se empezó a reconocer el AT como una disciplina independiente, una práctica desarrollada por diferentes profesionales en los ámbitos sociales, educativos, clínicos y académicos.

Como se puede observar son distintas las definiciones que aportan algunas de las asociaciones de AT a nivel mundial, pero todas ellas coinciden en que el arte estimula las capacidades propias de las personas, ya sea mediante la pintura, danza, escultura, música ó teatro, se desarrolla la creatividad o expresión individual, un medio que permite proyectar conflictos internos y, por tanto, ofrece la posibilidad de resolverlos.

El concepto de autoexpresión también se encuentra en las bases del AT, posibilita la expresión de sentimientos, emociones y pensamientos aportando seguridad y confianza, de suma importancia, porque son muchos los desequilibrios afectivos que están asociados, de alguna manera, a una falta de seguridad en uno mismo.

3.3 Fundamentos del Arte terapia.

El AT es un acompañamiento integral de la persona en el que se utiliza el arte como un instrumento mediador. Es una terapia psicológica que utiliza el proceso creativo con fines terapéuticos, en un ambiente libre, relajado y confidencial (Soler, 2012).

Se puede llamar AT a todo proceso terapéutico que utilice medios y objetos referidos a categorías artísticas, en especial las artes visuales, en ellas se propone un viaje interno a través de la creación de imágenes plásticas, con la convicción de que al hacer arte se evocará el conflicto y al trabajar sobre lo que esa imagen representa, al corregirla, al actuar sobre ella, se modifica transformándola de manera creativa para percibir el mundo de manera diferente (Polo, 2000).

Entre las técnicas utilizadas en el AT se incluye la pintura y escultura, música, danza, las cuales se centran en un proceso terapéutico que lleva a la creación y no se enfoca en el valor estético del trabajo artístico. Considera que toda persona posee la capacidad para proyectar sus conflictos internos por medio del arte (Torres, 2005).

Durante este proceso de creación se entablaba un diálogo con el propio ser. El trabajo artístico es exclusivo del individuo, quien pasa a ser analizado y auto evaluado, en donde el AT contribuye a expresar, explorar, clarificar, redefinir las relaciones de la persona consigo misma y con los demás (Dalley, 1984 cit. en Serrano, 2006).

Las artes como toda expresión no verbal, favorecen la expresión y comunicación de la persona, de modo que el trabajo con las emociones a través del AT mejorará la calidad de vida de las relaciones humanas al centrarse en el factor emocional, ayudándolos a ser más consciente lo inconsciente (Duncan, 2007).

Específicamente se ha demostrado que la participación en actividades artísticas, en personas con discapacidad intelectual puede tener un impacto positivo, ya que experimentan retrasos en la motricidad y que pueden presentar dificultades en su comunicación verbal, pueden obtener a través de este medio, una forma de expresión de sus ideas o sentimientos. Claramente el crear oportunidades para que personas con y sin discapacidad trabajen conjuntamente produce enormes beneficios en términos de la comunidad y su inclusión social (www.arteterapiaguatemala.com, consultado el 7 de febrero, 2014).

3.4 Espacio de trabajo.

El espacio o sala en donde se realizan las sesiones de Arte terapia, debe ofrecer las condiciones de seguridad necesarias para la persona, relacionadas con la privacidad que se requiere para generar en la persona un sentimiento de confianza en donde pueda proyectar sus emociones (Campusano, 2011).

En este lugar deben existir materiales básicos de trabajo, como mesas, sillas y materiales diversos, es importante destacar que este espacio debe invitar a la persona a crear. En la opinión de Campusano (2011), a pesar de que se establecen normas de trabajo, como por ejemplo, que al finalizar la sesión los materiales deben quedar guardados u ordenados en algún espacio, se debe entender que el trabajo plástico por las características de los materiales y la utilización que cada persona hace de ellos deja residuos, los cuales no deben constituir un obstáculo para la libertad de acción de la persona.

Desde el punto de vista de Marxen (2011) el trabajo debe estar alejado de otras actividades que pudieran interrumpir o perjudicar el desarrollo de la sesión, con personas ajenas a la actividad que entren y salgan constantemente o molesten a los participantes. Las características descritas corresponden a un espacio ideal, sin embargo, en muchas instituciones el arte terapeuta debe adaptarse a una realidad distinta y mostrar flexibilidad.

3.4.1 Materiales

Es importante que el arte terapeuta esté en constante relación con el hacer arte, que experimente la conexión sensorial con los materiales, ya que sólo así conocerá vivencialmente que es lo que hace sentir cada material; qué evoca, qué propicia, y también qué es lo que cada persona hace con cada material (Gloger, 2006 cit. en Ovalle, 2007). También debe asegurar el adecuado desarrollo de las sesiones, debe responsabilizarse de facilitar los materiales básicos y de reponerlos cuando se terminen.

Los materiales utilizados en AT pueden ser muy variados, algunos que se pueden enlistar son:

- ∂ Soporte: papeles de diferentes tipos, tamaños y texturas, revistas, diarios, madera, cartones, materiales de reciclaje.
- ∂ Gráficos: lápices de colores, crayolas, carboncillo, plumones, gises.
- ∂ Pintura: temperas, acrílicos, óleos, acuarelas, tintas.
- ∂ Modelado: arcilla, masa de sal, plastilina, barro, yeso, arena, masa de pan.
- ∂ Materiales de reciclaje: bolsas de papel, catálogos, botellas.
- ∂ Collage: periódicos, imágenes de revistas, cuerdas, cordones, estambre, materiales como hojas secas, ramitas, conchas, trozos de tela, pasto.
- ∂ Nuevos medios: actualmente se está insertando la tecnología en el AT con la utilización de video o fotografía.

De acuerdo con Barra (2010) además del listado anterior, los materiales se pueden clasificar según el nivel de control que puede tener al manipularlos, según sus propiedades.

- ∂ Control alto. Fáciles de explorar, utilizar y manipular. Entre ellos se encuentran: plumón, temperas y materiales sencillos como pinceles, brochas de esponjas pequeñas, plastilina, masa de sal y papeles de manipulación.
- ∂ Control medio. De mediana exigencia de manipulación: lápiz de cera, pintura de dedos, acrílica, pintura en spray, yeso, papel maché.
- ∂ Control bajo. Mayor exigencia en su exploración y manipulación: carboncillo, gis, tinta china, acuarelas, rodillos, espátulas, moldes, elementos de metal más difíciles de manipular y cortar.

3.5 Formación del arte terapeuta.

Es una especialización profesional de servicio humano, que utiliza diversos medios artísticos y los procesos creativos con fines terapéuticos, educativos, de prevención, rehabilitación y desarrollo personal. Los arte terapeutas son profesionales que poseen un grado de estudios en nivel de maestría con el título en Arte terapia⁵, entre sus requisitos educativos se incluyen: las teorías del arte terapia, consejería y psicoterapia, ética y normas de la práctica, trabajo individual y de grupo, trabajo y conocimiento en técnicas sobre desarrollo humano y creativo, temas multiculturales, métodos de investigación y experiencias prácticas en la comunidad clínica. Los terapeutas del arte son expertos en la aplicación de una variedad de modalidades artísticas (dibujo, pintura, escultura y otros medios de comunicación) para su evaluación y tratamiento.

Se encuentran capacitados para trabajar con personas de todas las edades y discapacidades en una variedad de entornos, incluyendo hospitales, centros de rehabilitación, psiquiátricos, asistencia médica, residenciales, educativos, de vida, así como en la práctica privada. Con población de niños, adolescentes, adultos, adultos mayores, grupos, familias, veteranos y personas con problemas crónicos

⁵ Véase anexo. Formación del arte terapeuta.

de salud para evaluar y tratar lo siguiente: ansiedad, depresión y otros problemas mentales y emocionales, abuso de sustancias y adicciones, familia y problemas de pareja, abuso y violencia doméstica, dificultades sociales y emocionales relacionados con la discapacidad y enfermedades, problemas físicos, cognitivos y neurológicos (Florida Art Therapy Association, 2012).

América cuenta con Instituciones que se interesan por el AT, encontramos a la Asociación Americana de Arteterapia AATA, que ofrece maestrías en diferentes universidades de los Estados Unidos, también está la Canadian Art Therapy Association, en Chile la Asociación Chilena de Arte Terapia (ACAT), en Argentina está la Asociación Argentina de Arteterapia, por mencionar algunas. En Europa se encuentran la British Association of Art Therapy BAAT, al igual que la Asociación Española de Arte Terapia AEA, donde se ofertan maestrías relacionadas con el Arte terapia.

En México, aún no existe algún programa profesional de especialización, solo existen diplomados o cursos introductorios en el Taller Mexicano de Arteterapia o el Centro Integral de Terapia de México, ya que en nuestro país es una disciplina relativamente nueva, una herramienta alternativa para el trabajo del Psicólogo y de la cual no se han potencializado sus beneficios y usos.

3.5.1 Rol del/la arte terapeuta.

Dice Birtchnell que “la creación estética llega hasta donde el arte terapeuta esté preparado para avanzar” (cit. en Dowmat, 2003, p.124), siendo su rol estimular al sujeto para que manifieste sus conflictos en la superficie, utilizando la creación de la imagen para focalizar la terapia hablando del contenido y sus consecuencias emocionales.

Según López (2009) algunos factores que han condicionado el uso del AT en la práctica se deben a:

- 1) La formación y experiencia del arte terapeuta: la mayoría de los profesionales proceden de Psicología, Bellas Artes, Psiquiatría, Trabajo Social, Artes plásticas. Por lo tanto, la identidad profesional de cada uno de ellos va a ser muy variada; lo anterior provoca que se trabaje con puntos de vista inclinados hacia la práctica clínica, psicoterapéutica, artística, educativa, científica.
- 2) El tipo de población con la que se va a trabajar: niños, adolescentes, adultos, ancianos, el ámbito en el que se desarrolla: educativo, psicoterapéutico, rehabilitación, servicios sociales y finalmente el campo de intervención a los que se dirige: salud mental, discapacidades, oncología, cuidados paliativos, etc.

Para Case y Dalley (citado en Serrano, 2006) un profesional en AT debe tener conocimiento sobre los siguientes temas:

1. Formación en Psicología (psicoterapia).
2. Técnicas de la actividad plástica.
3. Conocimientos del arte, su significado y su historia.

Estas tres características serían básicas para el éxito de la terapia, el arte terapeuta alienta a las personas para que dibujen y pinten y a su vez propicia la expresión de sentimientos, emociones y pensamientos.

Ya sea que trabajen de manera individual o grupal, los arte terapeutas son al mismo tiempo participantes y observadores del proceso, ayudándole a la persona a entender su propia pintura, sin implicar interpretación alguna, sino más bien una sugerencia y exploración acerca del significado de las imágenes, ya que ellos son los únicos que llegan a comprender su pleno significado (Dalley, 1984).

Debemos tener en cuenta que dependiendo del enfoque psicológico con el que trabaje el arte terapeuta, será el papel que desempeñará. Para Dalley (1984) existen dos maneras de llevar a cabo en una sesión, dependiendo de los objetivos planteados y del tipo de población con la que se trabaja.

1. Directivo: el arte terapeuta estructura la sesión de trabajo, determinando las actividades o temas a desarrollar, materiales o técnicas para que las personas puedan crear. Se centra en un tema específico y que sea útil para solucionar determinadas áreas de conflicto.
2. No directivo: el arte terapeuta no se involucra en el accionar, deja libre al paciente para elegir materiales, técnicas y el o los temas con los que desarrolla su proceso artístico facilitando la expresión libre del proceso creativo. Permite una creación libre donde el paciente escoge los materiales, temáticas y técnicas que usará sin una estructura preestablecida.

Con respecto al trabajo que se desarrolla en forma individual o grupal, se destaca esta segunda por ayudar a los asistentes a comprender mejor la propia situación y aprender junto a las demás personas mejorando sus relaciones interpersonales.

Finalmente, debemos considerar que el papel primordial del arte terapeuta es ayudar a abrir el proceso creativo de las personas y acompañarlas durante su proceso de creación artística. Sin embargo, consideremos que este trabajo de acompañamiento no siempre es abordado por un Psicólogo, sino que pueden ser otros profesionales relacionados con el área de la educación (Educación Especial, pedagogos, maestros), de la intervención social (trabajo social, antropología) o artísticas (Historia del Arte, Bellas Artes), sanitarias (medicina, enfermería, terapia ocupacional) .

3.6 Arte terapia en el contexto educativo.

La escuela tradicional ha valorado más el conocimiento que las emociones, sin tener presente que ambos aspectos son necesarios. La escuela se ha convertido es un espacio que aspira a que “niños y niñas sean capaces de construir su propio aprendizaje al mismo tiempo, que construyen su propia identidad: un sujeto que se conoce y se cuestiona, es capaz de adaptarse a su medio pero de manera crítica” (Callejón y Granados, 2003).

En la opinión de Campusano (2011) el AT tiene una relación directa con los objetivos que se plantean en el ámbito educativo, considerando el espacio arte terapéutico como un lugar en donde se abre paso al descubrimiento y crecimiento de la persona a través de un proceso de autoconocimiento, que progresivamente le permitirá desarrollar su capacidad al identificar sus emociones, sentimientos y al mismo tiempo expresarlos en forma clara y pertinente. El AT adquiere un valor muy relevante, favoreciendo en las personas su capacidad creadora, el uso de la imaginación, la que posibilita la resolución de problemas ante diferentes situaciones de la vida cotidiana. Aspecto que se relaciona directamente con una de las aspiraciones fundamentales de la escuela: el desarrollo de la autonomía.

Según López, Cao y Martínez (2006, cit. en Campusano, 2011. p.19) “el AT puede verse como un tipo especial de aprendizaje que trata tanto con el mundo interno de las personas como con su mundo social inmediato. Ayuda a desarrollar y valorar todos aquellos aspectos que consideramos de gran importancia en la educación integral: las relaciones interpersonales, el bienestar personal, la autoestima, la comunicación y el autoconocimiento”.

Callejón y Granados (2003) consideran la propuesta de contar con una escuela con distintas terapias alternativas y creativas las cuales tienen mucho que ofrecer. Esto no es nada nuevo, entre los docentes se va multiplicando el número de maestros que asisten a cursos sobre educación emocional, o el PNL

(programación neurolingüística), el interés por los distintos tipos de inteligencia, por la creatividad, por las posibilidades de la relajación, entre otras. La posible aplicación de terapias artístico-creativas, en especial a alumnos con (dificultades de integración) déficits y/o diferencias socio-culturales, intelectuales. La expresión, el arte, podrían ser un recurso muy valioso de prevención e intervención terapéutica en la escuela.

Teniendo en cuenta que las necesidades educativas especiales no son solo determinadas discapacidades, sino que todas las personas en algún momento de la vida, requieren atención personalizada (en un mayor o menor grado, de manera más o menos temporal o permanente) y que la terapia puede ser no solo una acción ante una situación problemática o difícil, sino además, preventiva.

El reto ahora, es integrar nuevas alternativas en la atención de la población con discapacidad intelectual que posibiliten la atención integral en las escuelas con programas para fomentar el desarrollo emocional, teniendo en cuenta que el contexto educativo es un ambiente más de conocimiento y de experiencia en el cual se desarrollan las emociones. Tal como menciona Bisquerra (2000): de tener un proceso continuo y permanente, el cual debe estar presente desde el nacimiento, durante la educación infantil, primaria, secundaria y superior, así como a lo largo de la vida adulta. Adoptando un enfoque del ciclo vital, que se prolonga durante toda la vida, con objeto de capacitarle para la vida y con la finalidad de aumentar el bienestar personal y social.

Finalmente el propósito es contar con una educación integral y que sea un complemento indispensable para optimizar el desarrollo humano; físico, intelectual, social, emocional, no solo de la población con DI, sino también de la población regular.

3.7 Arte terapia y discapacidad intelectual.

Para aquellas personas que les resulta difícil transmitir sus ideas, expresar sus sentimientos, las actividades artísticas pueden ofrecer un medio ideal para ello y fortalecer sus relaciones sociales.

Como se mencionó anteriormente, las personas con DI enfrentan una serie de problemas de adaptación a su entorno, aclarando que no es debido a dicha discapacidad, si no al entorno familiar y social que no favorece su interacción con el mundo y en su desarrollo integral, lo cual los lleva inevitablemente a requerir apoyo de los demás, llegando a establecerse un cierto grado de dependencia con otras personas o de sobreprotección. Por ende son muchas las emociones, sensaciones o pensamientos que se guardan para sí, no contando con las herramientas para hacerles frente. Esto en cualquier persona puede provocar un profundo sentimiento de frustración, la sensación de sentirse incomprendido y a su vez apartado del resto de las personas” (Campusano, 2011, p.19)

Trabajar con el AT en esta población, evidentemente será un medio de comunicación no verbal y alternativo para aquellos cuya utilización del lenguaje o comprensión de las palabras es parcial o inexistente. Aumentando la oportunidad de autoexpresión al conceder un medio de comunicación donde antes no lo había o era inadecuada.” (Dalley, 1987)

Por lo que el utilizar el Arte terapia como una herramienta de trabajo, resulta fundamental para esta población por ser un espacio para manifestarse, desarrollarse y encontrar nuevos caminos de expresión constituyendo en importante motivo de satisfacción, de disfrute y de realización personal.

Por medio del AT, podrían ampliar su repertorio de expresión de emociones, ideas, pensamientos. Se puede encontrar en los materiales plásticos el aliado ideal para introducir el elemento innovador que facilite su expresión verbal.

En un alumno con falta de autonomía y desconfianza en sí mismo, el hecho de organizarse en un papel o bien en la creación de una obra, puede ser un logro que le ayude a conseguir otras metas superiores (Lobato, Martínez, Molinos, 2003).

3.8 Diversos enfoques en el trabajo del Arte terapia.

Diferentes teorías psicológicas se han utilizado para abordar la terapia de arte. Puede seguirse una línea de trabajo Freudiana, Lacaniana, Jungiana, Gestáltica, Cognitiva, Conductista, Holística. Independientemente de la corriente con la que se trabaje, el desarrollo de su práctica se basa en el conocimiento del desarrollo humano, teniendo como objetivo ayudar a las personas que viven conflictos emocionales, discapacidades psíquicas y sociales, problemas de autoestima, desestructuración personal y familiar, y otro tipo de problemas sociales y psicológicos, teniendo siempre como base el proceso creador (López, Martínez 2009).

En la opinión de Rubin (2001) las corrientes psicológicas que más han influido en la práctica del AT se pueden agrupar en las siguientes: Psicoanalítica, Terapia Analítica- Jung, Humanista, Psicoeducativo, Conductual, Cognitivo-Conductual y de Desarrollo. Los principales conceptos y autores de las distintas orientaciones teóricas en las que se apoya el AT son los siguientes:

A) Arte terapia con enfoque Psicoanalítico.

Como se ha podido constatar, las raíces del AT se encuentran vinculadas a la Teoría Psicoanalítica de Freud, la cual atribuye los problemas psicológicos a la existencia de conflictos internos ocurridos durante el periodo de infancia, mismos que seguían permaneciendo en el presente de la persona de manera no consciente. El papel del arte terapeuta aquí es ayudar a través de la mediación plástica a relacionar los síntomas actuales con aquellos conflictos inconscientes.

Las obras creadas ayudan a traer a la conciencia los bloqueos inconscientes con la posibilidad de racionalizarlos⁶ de forma más realista. Cuando la persona logra tomar conciencia de aquellos deseos y conflictos que quedaron sin resolver, adquiere un mayor conocimiento de sí mismo y, consecuentemente, su “Yo” se fortalece (López, 2009).

Con esta perspectiva, Margaret Naumburg centró sus investigaciones en las imágenes plásticas creadas por niños y adolescentes con problemas emocionales. Creó un nexo entre la asociación libre⁷ y las técnicas de libre expresión, siendo la primera autora que consiguió asociar arte y psicoterapia analítica. Su método estableció un camino para descargar en pinturas y dibujos espontáneos, imágenes igualmente procedentes del inconsciente de una forma menos invasiva. Consideraba el “arte” como un proceso de espontánea creación de imágenes, de cómo los impulsos, recuerdos y deseos son excluidos de nuestra conciencia, convirtiéndose en material reprimido (Dalley, 1987, p.20, cit. en López, 2009).

Marion Milner por su parte incorporó el dibujo y el modelado con arcilla, argumentando que las sustancias maleables aportaban significados e impresiones transmitidos por las sensaciones con el tacto, dando forma a las fantasías (López, 2009).

B) Terapia Analítica de Jung.

Jung utilizó la pintura como método para comprender sus sueños, se percató de las cualidades del lenguaje plástico y llegó a integrar el dibujo, la pintura y el modelado durante el proceso terapéutico.

⁶**Racionalización**- distorsión cognitiva de los “hechos” para hacerlos menos amenazantes. Utilizamos esta defensa frecuentemente cuando de manera consciente explicamos nuestros actos con demasiadas excusas.

⁷**Asociación libre**- se puede hablar de cualquier cosa, los conflictos inconscientes inevitablemente surgirán al exterior.

De esta manera permitiría que el inconsciente se expresara a través de símbolos, de modo que entre más información contenga del inconsciente personal⁸, más intensa y cargada de emociones era la respuesta que suscitaba, llegando así a fomentar los potenciales creativos en cada persona (Frager, Fadiman, 2010). Consideraba que la expresión simbólica no sólo servía para descubrir las dificultades personales, sino también para enriquecer y desarrollar las posibilidades de cada ser insistiendo sobre el papel activo del uso de las artes plásticas no sólo con el análisis infantil, sino también en el adulto. Su uso en el AT, ofrecía técnicas de introspección que generaban productos plásticos y visuales que estimulaban la formación de imágenes para activar la energía psíquica estancada y así generar la comunicación e integración entre lo inconsciente y lo consciente (López, 2009).

Entre la diversidad de símbolos Jung se interesó particularmente en el mandala, observó que sus pacientes los dibujaban de manera espontánea, a pesar de desconocer el arte o la filosofía oriental (Frager, Fadiman, 2010).

Los mandalas⁹ solían tener una estructura circular, la construcción progresiva mostraba la trayectoria anímica expresada por la persona. En el inicio de la terapia se caracterizaba por estructuras caóticas o desordenadas, y de forma progresiva iban evolucionando hacia esquemas más armónicos y equilibrados, por lo que la creación aportaba serenidad y estabilidad emocional.

⁸ **Inconsciente personal** se remonta a lo pasado, se compone de recuerdos dolorosos y que han sido reprimidos junto con los recuerdos que, debido a su irrelevancia, simplemente se eliminan de la conciencia.

⁹ **Los mandalas** son representaciones de la mente, puesto que se tratan de arquetipos en los que confluyen los aspectos conscientes e inconscientes de los seres humanos. Jung, empleo la pintura de Mandalas como recurso terapéutico para identificar desórdenes emocionales en sus pacientes.

C) Arte terapia con orientación Humanista.

El modelo humanista parte de los aspectos saludables del individuo, no trata de suprimir los síntomas mediante el análisis de los mismos, sino más bien estimula o reconstruye la capacidad de expansión y desarrollo personal. Concibe al ser humano desde una perspectiva holística: los elementos que lo integran se interrelacionan e influyen recíprocamente como una síntesis mental, física y espiritual, de tal manera que las raíces de los posibles conflictos emocionales surgen, sin distinciones, entre los aspectos internos y externos del individuo (López, 2009).

Entre los principales autores de esta orientación en AT encontramos a *Carl Rogers* (1989) iniciador de la Terapia Centrada en el Cliente, enfatizó que cada persona se evalúa según su propio autoconcepto (de lo que es y lo que puede ser), por lo tanto se pueden observar dos formas de actuaciones inconscientes: las existentes entre el “yo” y las experiencias con la realidad y las que surgen entre el “yo real” y el “yo ideal” (Cervone, Pervin, 2009).

Fritz Perls (1976) denominó *Gestalts inacabadas* o experiencias emocionales que no son integradas de forma adecuada produciendo tensiones, estancamiento de la energía y comportamientos neuróticos. Estos patrones o gestalts inconclusas proceden del pasado y se repiten de forma inconsciente en el presente contra los verdaderos deseos de la persona, que se siente atrapada en su progreso personal. Las emociones pendientes son almacenadas en el organismo y suelen manifestarse en formas no verbales, gestos, posturas corporales, tonos de voz, etc., actuando de coraza que protege del dolor. Este enfoque permite integrar cualquier forma no verbal que ayude a movilizar la expresión espontánea y la creatividad, ya que la atención a las emociones y el lenguaje no verbal son los componentes esenciales, mismas que guían al terapeuta y acercan al paciente a contactar con su estado energético con la experiencia inmediata el «aquí» y

«ahora» para encontrar mediante esta expresión su manera de estar en el mundo (Woldt, Toman, 2007).

La terapia Gestalt acentúa la conciencia de esta realidad con una permanente invitación a que la persona se responsabilice de lo que está haciendo, sintiendo, evitando o negando, deseando, inhibiendo. En el trabajo en AT, una de las mayores dificultades que se encuentra es que la persona se haga cargo de lo propio. La identificación con la obra es la identificación con uno mismo, siendo artífices de la obra, los protagonistas de nuestra vida-obra.

El cierre de una Gestalt inconclusa implica completar el ciclo de las necesidades, cerrar aquello que se ha quedado interrumpido en un momento dado. Muchas veces estas heridas sin sanar se manifiestan en síntomas físicos, emocionales o mentales. Tener la oportunidad de actualizar los síntomas sobre la hoja de papel o la obra, permite encontrar un medio para materializarlos y poder trabajar en su expresión e integración (Ojeda, 2011), se trata de dirigir a la personas hacia la actualización y refuerzo de todas sus aptitudes es decir, alcanzar una madurez y cambio positivo, deseado de forma autónoma (López, 2009).

D) Arte terapia con orientación Conductual.

Siguiendo el modelo que propone Rubin (2001), la orientación Conductual trabaja con un diseño activo de situaciones terapéuticas con el fin de facilitar la adquisición y desarrollo de nuevas habilidades. Suelen ser altamente directivo y estructurado, por lo que el rol de arte terapeuta resulta ser más activo, al contar con formas específicas para conseguir metas clínicas evaluables y verificables. A pesar de sus múltiples cualidades, esta orientación no ha sido suficientemente explorada dentro del ámbito arte terapéutico.

En este contexto la función del arte terapeuta conductista es crear un ambiente en el cual se puedan reforzar las conductas positivas y deseadas, y reducir las negativas, eliminando el refuerzo que las provoca. Para ello se evalúa conjuntamente con el paciente, la conducta específica, para identificarla y observar la frecuencia de los comportamientos que provocan malestar.

Durante la etapa inicial del tratamiento, el paciente aprende a programar sus actividades plástico-visuales y a observar las que le causan placer o dominio, con la finalidad de potenciar sensaciones de control sobre su vida y combatir sus molestias, para encontrar los refuerzos, realmente significativos para él. El uso de materiales y técnicas pueden funcionar como agentes estimuladores, motivadores y de refuerzo para conseguir el cambio de conductas. Las respuestas del paciente se van evaluando de forma periódica, para comprobar la efectividad del proceso y decidir sobre la continuidad o discontinuidad del tratamiento, se trata de cambiar el comportamiento que lo causa (López, 2009).

IV. PROGRAMAS ARTE TERAPIA DIRIGIDOS A PESONAS CON DISCAPACIDAD INTELECUAL.

Se debe tener en cuenta, que la escuela ocupa una parte primordial en el sano desarrollo emocional del niño y del adolescente, así como en su integración en la sociedad. En este contexto el AT ofrece un espacio intermedio donde se pueden reforzar los aspectos emocionales y psicológicos del alumno que influyen tanto en su proceso de aprendizaje como su comportamiento y auto-desarrollo, y que los materiales artísticos ofrecen un medio de expresión más tangible y espontáneo para explorar sus necesidades, emociones, fantasías, deseos, conflictos y dificultades. Considerando esta forma de expresión una alternativa particularmente valiosa, enriqueciendo su mundo con otros canales de comunicación (Sanz, 2007).

En este contexto, el trabajo en AT puede ser una alternativa ideal para promover el desarrollo emocional de cualquier persona, independientemente de su edad y especialmente útil para el desarrollo de las personas con DI. Jiménez (2006) considera que durante este proceso tendrán la oportunidad de sentir alegría y placer en el acto de crear, de sentirse independientes, de tomar decisiones, tener el control sobre su proceso creativo y ser agentes activos de su propio desarrollo.

Hasta hace pocos años, el trabajo desarrollado sobre la DI se había centrado en temas tales como el estudio del funcionamiento cognitivo, la evaluación y capacitación en la conducta adaptativa, la integración y normalización social o la planificación y evaluación de los servicios de apoyo.

Se centraba en lo que le faltaba a la persona y en tratar de compensar esas "limitantes", sin embargo, los aspectos emocionales y afectivos recibían muy poca atención (Argust, Terry, Bramston y Dinsdale; 2004, cit. en Paredes, 2008).

Actualmente se cuenta con poca literatura empírica relativa a la vida emocional de estas personas y la que existe, se ha centrado más en el estudio de sus desajustes emocionales, que en sus procesos afectivos positivos relacionados a su bienestar psicológico (Crocker; 2000, cit. en Paredes, 2008). Es por eso que se debe enfatizar que las personas con DI tienen una vida al menos, tan dinámica como la población general.

En los últimos años se ha promovido, la integración de la población con DI a escuelas de enseñanza regular, quienes han centrado su trabajo en el aspecto cognitivo y pedagógico, dejando de lado aspectos tan importantes y esenciales como potenciar y fortalecer el autoconocimiento emocional, el autocontrol, la empatía y habilidades sociales. Por qué siendo las emociones inherentes al ser humano no son tomadas en cuenta en el proceso de aprendizaje, específicamente en los programas de integración, probablemente puede deberse a los escasos estudios de desarrollo emocional relacionados con la escuela, siendo de gran importancia para mejorar el desarrollo socio-emocional de los alumnos con DI (Rodríguez, 2008).

A continuación se presentan los programas que fueron localizados en el mundo. El procedimiento realizado implicó una búsqueda electrónica con las palabras clave: arte terapia, discapacidad intelectual, ambiente educativo. Obteniendo pocos resultados, motivo por el cual se tuvo que enviar aproximadamente 30 correos electrónicos a las diversas asociaciones de Arte terapia para preguntar si tenían registrados proyectos enfocados en la población con discapacidad intelectual. Se obtuvo una respuesta a 15 correos, algunas fueron muy directas con un no, de otros nunca se recibió respuesta o bien canalizaban el correo a algún directivo. También se utilizaron otros medios con twitter o facebook de las asociaciones para poder establecer contacto directo.

De los programas localizados solo se encontró uno en México que atiende el desarrollo emocional en el Centro de Investigación y Servicios de Educación Especial- CISEE, UNAM.

La presentación se encuentra organizada por continentes y por orden alfabético del país con la siguiente estructura: nombre, asociación y/o responsable, país, contacto y página de internet, grupo de trabajo, objetivos, metodología, enfoque psicológico y resultados.

Se trató de tener el mismo orden al organizar la información, sin embargo, no todos los programas tenían publicada toda su información y al tratar de contactar directamente con los autores de los mismos, aclaraban en sus respuesta que eran confidenciales y propiedad de los arte terapeutas, o bien no se obtuvo respuesta alguna.

En el Continente Américo se localizaron 5 programas en Canadá, Chile, Estados Unidos y México, en el Europeo 7: 5 de ellos en España, Irlanda y Londres. En Asia 2: Tailandia y Singapur. En Sudáfrica 1 programa, al igual que en Oceanía 1 en Australia.

PROGRAMAS EN AMÉRICA

H'art Studio of Smiles
CANADÁ, 1998 – actual

www.kinsgton.org

H' Art Studio School of Smiles.

Fundada en 1998, la Escuela H'art de las Sonrisas ayuda a los adultos con DI a alcanzar su máximo potencial a través de las artes (música, danza y teatro) y educación. Los estudiantes son animados a explorar los temas a través de actividades tales como la lectura, la escritura creativa, un diario, tutoría entre pares, juegos, clases de computación, música, actividades plásticas, excursiones entre otras más. Los alumnos que realizan trabajos escritos o historias en bocetos las plasman en pinturas, esculturas y otras formas singulares de expresión, entre las que se incluyen: libros, el teatro y danza.

Grupo de trabajo:

- Adultos con discapacidad intelectual.

Objetivos:

- Ayudar a los adultos a desarrollar sus habilidades de alfabetización y vida a través de las artes.

Metodología: sin publicar.

Enfoque psicológico: Sin publicar.

Resultados: sin publicar.

Flor de Arte.

Flor de Arte, es un proyecto artístico que comenzó en 2007, como una plataforma de inclusión artística y social, para personas con algún tipo de discapacidad: intelectual, física, alteraciones psicológicas y/o alteraciones psiquiátricas, junto con poseer grandes aptitudes e interés en el área artística.

Grupo de trabajo:

- Personas que manifiestan discapacidad intelectual, física, alteraciones psicológicas y/o psiquiátricas.

Objetivos:

- Proveer a los artistas un espacio seguro, herramientas y apoyo necesario para expresarse y desarrollarse creativamente. Este proceso creativo, la obra final y el producto de diseño a partir de las obras, buscan el reconocimiento artístico y la valoración social.
- Proveer un espacio, servicio y apoyo para facilitar la creación en artistas con discapacidad intelectual. Se promueve el valor de la diversidad de la expresión creativa, bajo el reconocimiento que la experiencia artística mejora la calidad de vida, fortalece e integra a las comunidades. Busca desde la creatividad la integración y reconocimiento que se logra a través de la creación de objetos de diseño y la venta de obras.

Metodología:

- Generalmente es semi-directivo (se entregan lineamientos básicos). Se desarrollan una vez por semana, de dos a tres horas. Comparten dinámicas de trabajo basadas en: la experimentación y exploración, habilidades e interés de cada participante, desarrollo de distintas técnicas y materiales, búsqueda de producciones de calidad.

Enfoque psicológico: Sin publicar.

Resultados:

- Entre los resultados se encontró que actualmente participan cerca de cien artistas, pertenecientes a distintas unidades de Coanil, cuyas edades fluctúan entre los 12 y 50 años, colaborando en ciudades como Santiago, Viña de Mar, Concepción y Puerto Montt.

Art Therapy Express Program
ESTADOS UNIDOS, 1997 – actual.

www.arttherapyexpress.org

Art Therapy Express.

El primer programa móvil de artes expresivas con funcionalidad dentro de las escuelas de Delaware, hospitales y organizaciones comunitarias. Dentro de los programas escolares de educación especial se proporciona a todos los estudiantes calidad de vida, que se llena con el crecimiento, la emoción, la belleza, la comunicación, la creatividad y el sentimiento de pertenencia.

Grupo de trabajo:

- Personas con deficiencias físicas, mentales o emocionales, visuales y auditivas, deficiencias intelectuales, dificultades de aprendizaje, trastornos de la comunicación, autismo, síndrome de Asperger y enfermedades terminales.
- Dentro de los programas se incluye, sesiones de AT por la tarde, para niños y adultos con discapacidad física e intelectual.

Objetivos:

- El programa está diseñado con la finalidad de proporcionar una propuesta en la incorporación de las artes visuales, movimiento creativo, el teatro y la música.
- Desarrollar un ambiente de enseñanza y que posteriormente se apoye a cada organización (escuela, hospital o comunidad) para desarrollarse de forma independiente.
- Las artes son esenciales para los estudiantes de educación especial, al ser una herramienta no verbal que favorece su autoestima, comunicación, autoconocimiento y autonomía.
- Las clases de arte tienen como objetivo, la liberación de la energía creativa que se encuentra en lo profundo de cada persona, así como la integración y el desarrollo de su personalidad.

Enfoque psicológico: Sin publicar.

Resultados: Se trató de contactar a los responsables del programa, pero no se logró obtener alguna respuesta favorable para tener información acerca de sus resultados.

Taller de Arte Terapia para personas con discapacidad intelectual.

El Centro de Investigación y Servicios de Educación Especial, fundado en 1977, cuenta con un Proyecto Académico dirigido a mejorar la calidad de vida de personas con discapacidad intelectual y/o necesidades de apoyo educativo especial.

Grupo de trabajo:

- Cuatro grupos de jóvenes y adultos con discapacidad intelectual con distintas necesidades de apoyo, adaptando los contenidos y experiencias a sus capacidades e intereses. Hoy día participan en éste 43 personas cuyas edades fluctúan entre 17 a 37 años.

Objetivos:

- Promover el desarrollo emocional de los participantes, a través de impulsar su capacidad reflexiva, para así promover sus competencias emocionales. Entre estas se pueden mencionar capacidades para: tomar conciencia de las propias emociones y de las de los demás, comprender y manejar las emociones de forma apropiada, percatarse de la relación entre emoción, cognición y comportamiento, tener buenas estrategias de afrontamiento, autogenerarse emociones positivas: autoestima, actitud positiva ante la vida, responsabilidad, buscar ayuda y recursos, mantener buenas relaciones con otras personas, dominar las habilidades sociales, comunicarse de manera efectiva, respeto a través de actitudes pro-sociales. Todas ellas les permiten comprender y organizar su vida de forma sana y equilibrada, facilitándoles experiencias de bienestar personal y social.

Metodología:

- El Taller se imparte semanalmente a lo largo de todo el año escolar (10 meses).
- A través de las sesiones terapéuticas se promueve además la creación artística libre, que promueve paralelamente que los participantes sean conscientes de su proceso creativo, tengan mayor capacidad para expresar y regular sus sentimientos y emociones y de buscar soluciones a sus conflictos cotidianos dándoles un sentido de control en sus vidas.

Enfoque psicológico: Humanista.

Resultados:

- Los resultados del taller han sido siempre muy positivos, padres, maestros y participantes han expresado que es beneficioso para estos últimos al ser un espacio de creación muy apreciado por los que participan en él (Roth, 2013, comunicación personal).

DIF, Centro de Rehabilitación y Educación Especial (CREE)
MÉXICO, 2011.

Terapia con Arte para personas con discapacidad.

Terapia con Arte es un método terapéutico de encuentro y expresión para personas con discapacidad que el DIF Estatal inició en Veracruz como una de las acciones de inclusión social y equidad para pacientes del Centro de Rehabilitación y Educación Especial (CREE). En la opinión de la artista plástica Ana Moreno, el arte satisface el impulso creativo presente en cada persona, y a partir de sus capacidades les permite transmitir sus ideas y expresar sentimientos.

El reto es despertar el interés de los pacientes en tareas creativas, donde no sólo enfoquen su desarrollo personal en la rehabilitación física sino creativa, que les permita motivarse para mejorar su condición de vida y desarrollo humano.

Grupo de trabajo:

- Dirigido a personas adultas y adultos mayores con discapacidad motora.

Objetivos:

- Mejorar su autoestima motivándolos a olvidar su discapacidad, concentrarse y desarrollar sus capacidades en distintos ámbitos.

Metodología:

- Durante ocho sesiones, los pacientes aprenderán habilidades creativas en las artes plásticas, enfocándose no al producto final, sino el proceso que lleva a él.
- Con el uso de diversos materiales y técnicas, los asistentes podrán vincularse a sus compañeros de forma activa y armoniosa, donde se valoren las aportaciones de cada uno al proceso creativo, como parte de la terapia ocupacional para su inclusión social.

Enfoque psicológico: Sin publicar.

Resultados: sin publicar.

PROGRAMAS EN EUROPA

Dramatherapy & Creative Arts Therapy

www.dramatherapy.ie

IRLANDA, 2012

Emer Meighan

Cada sesión está dirigida por los intereses y necesidades de los clientes individuales. Las actividades creativas expresivas pueden ir desde; trabajar con música, sonido, historias, poesía, pintura y arcilla, títeres, exploración sensorial.

Grupo de trabajo:

- Se trabaja con adultos que tienen entre 19 a 60 años aproximadamente, todos los clientes tienen alguna forma de discapacidad intelectual o física, la mayoría de ellos nacieron con estas discapacidades, adquirieron lesiones cerebrales en su niñez y uno de ellos tiene una enfermedad en sus neuronas motoras.

Objetivos:

- Con cada grupo se tienen necesidades diferentes y metas personalizadas.

Metodología:

- Grupo A: Una sesión una vez a la semana a lo largo de 30 semanas en el año. En muchas de las sesiones se exploran esperanzas y sueños dañados por su discapacidad física.
- Grupo B: Este grupo se basa en la creatividad, trabajo de historias, trabajo con marionetas, pequeños juguetes, juego de roles, pintura, improvisación.
- Grupo C: Los clientes establecieron al grupo para que tuviera “una temporada para hablar u otra para hacer”. El grupo pidió un grupo de terapia para hablar como cualquier otro tipo de terapia, pero también el explorar creativamente ya que eran diferentes y querían que su terapia fuera distinta. La segunda semana trabajaban en la terapia creativa. El medio era elegido por ellos, el barro es el único medio con el cual no querían trabajar y explorando se pudo establecer que era porque se parecía mucho a materia fecal y eso les recordaba de nuevo su discapacidad.

Enfoque psicológico: Sin publicar.

Resultados:

- Grupo A: los clientes exploran sentimientos, emociones, sus esperanzas y sueños.
- Grupo B: Los clientes aun están estableciendo el rol del grupo y de qué se trata ser parte del mismo. Algunos simplemente quieren ser escuchados, contar lo que hicieron el fin de semana, otros exploran los temas que les causan ansiedad, otros expresan cómo se siente tener una discapacidad y cómo les afecta tenerla.
- Grupo C: Este grupo está basado en terapia de hablar y desarrollar su creatividad mediante el trabajo con historias, marionetas, pintura, improvisación, juego de roles, pequeños juguetes dando seguimiento al tema o foco principal de la plática de la semana anterior.

Asociación ARGADINI
ESPAÑA, 1999 – actual

rebecabarron@argadini.es
Rebeca Barrón S.

Educación emocional a través de la creatividad.

ARGADINI es una propuesta para la educación emocional dirigida a personas con discapacidad intelectual, ellos presentan profundos sentimientos de frustración, enojo, tristeza o vergüenza que pueden provocar trastornos psicológicos tales como ansiedad, depresión o baja autoestima, además de problemas de comportamiento. Mediante su Programa de Educación Emocional a través de la Creatividad, se invita al alumno a conocer el mundo emocional de una manera activa y participativa, dentro del entorno cotidiano y con herramientas que tienen a su alcance. Hablando con la pintura, es un programa dirigido a personas con discapacidad intelectual y Hablando con el arte un programa para personas con autismo.

Grupo de trabajo:

- Personas con discapacidad intelectual.

Objetivos:

- Mejorar su calidad de vida, el desarrollo personal, educativo, social, cognitivo y emocional.
- Contribuir a su integración social y laboral.
- Se trabajan las habilidades de interacción social.
- Se fomenta el pensamiento divergente y la creatividad.
- Se estimulan los procesos de autoconocimiento.

Metodología:

- La metodología es propia, que se ha ido desarrollando a los largo de 13 años de trabajo. Una propuesta con un planteamiento ecléctico, que se nutre de diversas aportaciones teóricas y metodológicas, promoviendo procesos cognitivos como el análisis y resolución de problemas.

Enfoque psicológico: Sin publicar.

Resultados: sin publicar.

De momento no se ha trabajado en colegios, se ha dado en centros con discapacidad intelectual, ahora la Asociación y en todos los programas que realizan (Barrón, 2012).

Asociación Sant Tomás
ESPAÑA, 2012

administracio@santtommas.cat

Arte Terapia para personas con discapacidad intelectual.

El AT también conocido como terapia de las artes creativas o de las artes expresivas, anima a las personas a expresar y entender las emociones mediante la creación artística y a través del proceso creativo. La finalidad del programa es trabajar diferentes aspectos tales como la sensibilidad, la creatividad y comunicación, trabajar con las emociones, fomentar la autoestima y mejorar las relaciones entre los participantes.

Grupo de trabajo:

- 6 personas con DI.

Objetivos:

- Preparar una programación de AT adaptada a cada individuo.
- Promover la participación activa de los usuarios.
- Fomentar la cohesión del grupo.
- Desarrollar y promover la sensibilidad de los usuarios a través de los sentidos.
- Experimentar con una variedad de materiales.
- Permitir que las personas tomen la iniciativa en la comunicación y la interacción mutua.
- Estimular la comunicación a través del lenguaje no verbal para lograr un nivel más sensorial y perceptivo.
- Evaluar los procesos individuales y de grupo.

Metodología:

- Una sesión por semana (el programa duró 3 semanas).

Enfoque psicológico: Sin publicar.

Resultados:

- Los más notables son a nivel emocional: las personas que participan son capaces de expresar más fácilmente sus emociones, teniendo un claro impacto en su calidad de vida. La expresión emocional en personas con DI puede resultar a veces, muy difícil de tratar, y el AT alcanza los resultados esperados en este aspecto. “Actualmente ya no se lleva a cabo en nuestra organización ninguna intervención en el campo del Arte Terapia. Se había iniciado alguna prueba piloto que se abandonó debido a la complejidad funcional que presentaba en nuestros servicios de atención, con el ánimo de retomar el proyecto más adelante. El programa se abandonó por problemas de horario y de encaje en el funcionamiento habitual. Ni tan solo hubo de tiempo de crear ninguna dinámica ni cambio, por tanto poco para evaluar” (Abel Fontanet, 2012).

Proyecto de un taller de Arte Terapia: refuerzo de la autoestima y desarrollo de mecanismos de interacción social para adolescentes.

El desarrollo de la expresión plástica y visual ofrece medios de expresión y comunicación, este tipo de expresión resulta muy beneficiosa para su crecimiento tanto físico como mental, a través de ésta pueden desarrollar confianza en sí mismos, mejorar su autoconcepto, elevar su autoestima y su capacidad expresiva al comunicar sus sentimientos y necesidades.

Grupo de trabajo:

- 7 alumnos, todos/as poseen DI teniendo un nivel curricular de 5º y 6º de Primaria, todos tienen problemas a nivel emocional y social.
- Las sesiones se llevaron a cabo 1 vez por semana, con una duración de una hora y media.

Objetivos:

- Facilitar el acceso a otros medios de expresión y comunicación, como es el arte en sus diversas manifestaciones.
- Potenciar actitudes de participación, tolerancia y respeto a uno mismo y a los demás.
- Desarrollar hábitos de observación, fomentando el desarrollo de actitudes en el cliente hacia pautas de comportamiento positivas (mejora de la autoestima y autocontrol).
- Conocer su propio cuerpo y el del otro.
- Afianzar su estima personal y su autoconcepto.
- Favorecer la interacción mediante actividades grupales.
- Todo lo anterior a través de actividades relacionadas con la expresión plástica, musical y corporal.

Metodología:

- Basada en ejercicios prácticos y vivenciales, resaltando y compartiendo las experiencias. Antes de comenzar la sesión se realizará una práctica de relajación.
- En una primera parte se explica en qué va a consistir la actividad a realizar y si es necesario también la técnica expresiva (plástica, musical y corporal) que se va a utilizar en la actividad.
- La segunda parte de la sesión se desarrolla en forma individual o grupal.
- Se promueve la socialización de la experiencia. Feedback de la misma.

Enfoque psicológico: Sin publicar.

Resultados:

“A pesar de que sólo se pudieron realizar tres sesiones con ambos grupos, por razones ajenas a nosotras, las experiencias plásticas realizadas propiciaron un aumento de la capacidad expresiva de los clientes de forma progresiva, facilitaron el acceso a otros medios de expresión y comunicación, favorecieron la seguridad emocional de los clientes, potenciaron actitudes de participación, tolerancia y respeto, a uno mismo y a los demás” (Romero, 2009, p.9).

El arte como terapia de ayuda a la salud mental de personas con parálisis cerebral.

Las personas con parálisis cerebral tienen dificultad en menor o mayor medida para controlar algunos o todos sus movimientos. Con respecto al área emocional se producen ciertas dificultades, ya que el trastorno motor provoca una mala adaptación al entorno social, aislamiento, estigmatización social.

Las actividades de AT como estimulantes de la creatividad, favorecen la comunicación y favorece el vínculo social. Por lo que para ellos, el contar con espacios recreativos y artísticos, en donde se les brinde un trato diferente al que hasta ese momento ha recibido (que frecuentemente ha sido de rechazo, de compasión o muchas veces también de sobreprotección, que sólo limitan y bloquean su desenvolvimiento) favorecerá el desarrollo de sus capacidades creativas y personales.

Grupo de trabajo:

- Personas con parálisis cerebral.

Objetivos:

- Aumentar la capacidad expresiva de las personas de forma progresiva, para poder expresar libremente sus sentimientos, vivencias, pensamientos y emociones.
- Estimular la comunicación a través de reglas flexibles.
- Mejorar la calidad de vida de las personas con parálisis cerebral.
- Contribuir al desarrollo armonioso de la personalidad.
- Otorgar de identidad a la persona a través de sus creaciones. Ayudar en su acceso a una vida significativa y productiva.

Metodología:

- Se emplea una gran variedad de posibilidades (tanto de materiales como técnicas) que ofrece la actividad artística, para facilitar la comunicación y en donde se emiten sensaciones, emociones y/o pensamientos.

Enfoque psicológico: Sin publicar.

Resultados:

- El Arte aplicado como terapia, además de favorecer el desarrollo de la creatividad, ayuda a la persona a realizar una tarea de introspección, favoreciendo la comunicación y la expresión de su interior reforzando su autoestima, en donde el resultado final o los aspectos estéticos adquieren un segundo plano centrándose en el proceso.

Museo Joaquín Peinado de Ronda

www.museojoaquinpeinado.com

Fundación UNICAJA

ESPAÑA, 2008 – actual

Talleres de Arteterapia para discapacitados intelectuales.

Arte terapia es una disciplina que persigue, a través de la práctica artística, la curación y la socialización de personas. Este programa forma parte del plan educativo que se desarrolla en el Museo Joaquín Peinado, el cual busca nuevas metodologías enfocadas en apoyar a colectivos con necesidades especiales. Los distintos procedimientos plásticos son en sí elementos motivadores: las pinturas de dedo, los rotuladores, los lápices de colores, las ceras duras, los pinceles, los papeles de distinto tipo en los collages, el barro, son múltiples las posibilidades que las actividades plásticas ofrecen. Así mismo, tienen la oportunidad de comunicar a los demás sus sentimientos y necesidades de forma perceptible. Resulta una herramienta ideal para el trabajo con personas con discapacidad intelectual convirtiéndose en un formidable "metalenguaje" que facilita el acceso a su mundo interior.

Grupo de trabajo:

- Adultos y niños con discapacidad intelectual.

Objetivos:

- Basados en principios de la psicoterapia Humanista, se pretende mejorar la calidad de vida de personas con discapacidad intelectual.
- Favorecer su integración social y cultural.
- Activar y favorecer el movimiento, el cuerpo y su lenguaje en relación a canales perceptivos y sensoriales, reflejos, dinámica general, coordinación motora, equilibrio, esquema corporal.
- Aumentar la autoestima y la seguridad personal.

Metodología:

- El trabajo que se desarrolla es una combinación de trabajo grupal e individual, con énfasis en distintas actividades plásticas y visuales que les permiten adquirir y desarrollar "aprendizajes" de acuerdo con sus posibilidades e intereses: participar, jugar y trabajar sobre un objetivo en particular, armar "narraciones" pictóricas entre todos, intercambiar labores y procesos creativos individuales, observar y percibir diferentes materiales visuales, gráficos y plásticos e interpretar diversos "lenguajes" y medios pictóricos para su asimilación y potenciar con todo ello el "darse cuenta".
- Cada uno de los talleres, inicia con ejercicios de relajación y son dedicadas a temáticas específicas.

Enfoque psicológico: Psicoterapia Humanista.

Resultados: Sin publicar.

La expresión artística como puente de comunicación para personas con discapacidad.

Las personas a quienes va dirigida esta actividad describen variadas dificultades de aprendizaje, algunas muy profundas, unidas a daños sensoriales, físicos o psíquicos; otras manifiestan incapacidad para aplicar alguno de sus sentidos, manipular y reaccionar a los estímulos de su propio entorno. Cada una conforma un perfil de necesidades propias y diferenciadas que, una vez evaluadas por un equipo interdisciplinario, son incorporadas al grupo más afín a sus características.

Grupo de trabajo:

- Grupo I. Iniciación. Niños y niñas de 4 años con dificultades psicomotrices y de lenguaje.
- Grupo II. Integración. Con varios integrantes con Síndrome de Down, preadolescentes.
- Grupo III. Severos. Los integrantes del grupo presentan dificultades sensoriales.
- Grupo IV. Motrices. Joven cuadripléjica.

Objetivos:

- Enriquecer las experiencias perceptivas, intelectuales, corporales y estéticas.
- Adquirir, dentro de sus posibilidades, el conocimiento de técnicas, medios y procedimientos que favorezcan su expresión y comunicación.
- Favorecer un mayor equilibrio emocional así como mejorar su bienestar físico y social.
- Mejorar la comunicación tanto verbal como no verbal y ampliar su mundo relacional.

Metodología:

- Grupo I. El movimiento corporal, la música y la expresión plástica enriquecen su mundo emocional y amplían su comunicación no verbal.
- Grupo II. Se desarrollan actividades plásticas que favorezcan la comunicación y el desarrollo de los aspectos en donde presentan mayor déficit.
- Grupo III. Reciben estimulación sensorial, se incluyen actividades para favorecer la percepción visual, el tacto, el olfato, enriquecer su mundo sonoro y canales de comunicación.
- Grupo IV. Se trabaja la comunicación a través de un programa de procesamiento de texto.

Enfoque psicológico: Sin publicar.

Resultados:

- El trabajo desarrollado por las personas con discapacidad muestra una correlación con el aumento del bienestar psíquico, un incremento en la autoestima, la valoración personal y social, así como una mejora en la calidad de sus relaciones con el entorno inmediato.

Esta experiencia ha demostrado ser eficaz en el logro de muchos de sus objetivos, a lo largo de sus años de desarrollo, se evidenció el disfrute manifestado por las personas a las que fue dirigida, además de los registros, trabajos y filmaciones.

PROGRAMAS EN ASIA

Caroline Essame
SINGAPORE, 2013

<http://www.carolineessame.com>

Creativity Matters in health and education.

Las Artes creativas terapeutas utilizan el arte, la danza, la música, el teatro y la narrativa para ayudar a las personas a aprender, sanar y exploran a sí mismos en un entorno seguro de una relación terapéutica.

Grupo de trabajo:

- Niños hasta los 7 años.
- Clases creativas para niños con necesidades especiales.

Objetivos:

- Estimular la imaginación y la creatividad.
- Ayudar a las personas a explorar lo que es difícil hablar.
- Aumentar la confianza de la gente, proporcionando un ambiente seguro y lúdico donde la gente puede crecer a través de los símbolos, danza y teatro.
- Ayudar a las personas a desarrollar su coordinación física.

Metodología:

- Los grupos creativos para niños con necesidades especiales ofrecen clases especializadas en donde pueden desarrollar sus habilidades emocionales, sociales y físicas a través de las artes.
- Sesiones de juego dirigidas por creativos terapeutas de arte y profesores de teatro.

Enfoque psicológico: Sin publicar.

Resultados: sin publicar.

Art and disability.

Art Relief International (ARI) atiende a diversos grupos marginados en el norte de Tailandia, promoviendo la expresión y desarrollo de su creatividad a través del arte, en un ambiente de inclusión y pertenencia.

Grupo de trabajo:

- Se trabaja en conjunto con otros grupos humanitarios en Chiang Mai, con la finalidad de mejorar la vida de los niños que viven con discapacidad, ya que esta población es potencialmente vulnerable a sufrir violencia, en gran parte debido a la ignorancia y estigma que los rodea.

Objetivos:

- El Programa se esfuerza por llegar a las personas con discapacidades físicas y/o mentales. El arte les proporciona un medio de auto-expresión y de creatividad, les permite escaparse de la rutina de su vida cotidiana con la esperanza de hacer frente a los desafíos de la vida, ya que a menudo a muchos de ellos se les deja solos durante todo el día, con escasa o ningún tipo de interacción social, ARI les trae color y emoción a sus vidas en un espacio creativo sin límites.

Metodología:

- A través de las sesiones los participantes tienen acceso a una amplia gama de beneficios; entre ellos el compartir risas con sus compañeros y personal, ampliar sus movimientos, el simple hecho de crear arte y de reflexionar sobre su proceso creativo, les permite ser más conscientes de sí mismos y de los demás.

Enfoque psicológico: Sin publicar.

Resultados:

- A través del trabajo en el programa se han observado avances en el aumento en la fuerza, coordinación y la concentración en gran parte de los estudiantes, mayor capacidad para tomar decisiones acerca de qué color o qué tipo de cepillo les gustaría utilizar, dándoles así un sentido de control en sus vidas.
- Además de utilizar el arte como una forma de terapia, también es considerada como una herramienta para educar a la comunidad local acerca de las condiciones de la discapacidad.

El arte ha demostrado ser un medio y fuente de inspiración que permite ilustrar las historias de sufrimiento, lucha y supervivencia que han marcado a los participantes del programa.

PROGRAMA EN OCEANÍA

Monte Lupo

www.multicap.org.au

AUSTRALIA, 1991-actual

Art Program.

Multicap es una organización que proporciona servicios que se adaptan a las necesidades de las personas dentro de su comunidad, trabajando con un enfoque centrado en la persona, en donde se desarrollan planes individualizados, programas que se centran en las necesidades físicas, emocionales y cognitivas. Dentro de la organización se encuentra Monte Lupo, quienes consideran que las personas con discapacidad merecen la oportunidad de comunicarse y expresarse, dentro de los beneficios del AT se incluye mejorar su destreza física, conciencia social, su expresión personal, estimulación física/mental, mejora su comunicación.

El arte terapeuta se centra en la identificación de las fortalezas y debilidades de cada individuo. Considera que el arte es un lenguaje importante para todas las personas y el cual les permite tener mayor habilidad para comunicarse (al considerarlo como un enfoque práctico).

Grupo de trabajo:

- Personas con discapacidades múltiples.

Objetivos:

- Ofrecer una alternativa a los asistentes y escuelas especiales, se trata de proporcionar a las personas con discapacidad la oportunidad de comunicarse y expresarse a través del proceso de hacer arte.

Metodología:

- El principio fundamental del AT, es el proceso creativo, en lugar de la obra de arte como el producto final, ofrece un espacio para promover el desarrollo de habilidades, intereses y competencias en todas las áreas de sus vidas.

Enfoque psicológico: Sin publicar.

Resultados: Sin publicar.

PROGRAMA EN ÁFRICA

The Art Therapy Centre, Lefika la Phodiso
SUDÁFRICA, 1993 – actual

www.arttherapycentre.co.za

Consejería de Arte en ambientes escolares.

Lefika es el primer Centro de Terapia de Arte creado 1993, ante la necesidad de responder a los efectos traumáticos de la violencia política en los últimos años de Apartheid en Sudáfrica. Desde 2005, los proyectos se han desarrollado en asociación con el Departamento de Educación dentro del contexto escolar.

Grupo de trabajo:

- Niños que han quedado huérfanos.

Objetivos:

- Mejorar la vida de aquellas personas, familias y comunidades afectadas por el abuso, el crimen, la pobreza y el SIDA.
- Centra su trabajo tanto a educadores como a los educandos, cumpliendo así un doble objetivo: apoyar a los educadores, así como de transferirles las habilidades de Consejería de arte.

Metodología:

- Los grupos propician un contexto para la discusión y reflexión sobre los niños con dificultades.

Enfoque psicológico: Sin publicar.

Resultados:

- El uso del arte ayuda a la gente a expresarse, ya que supera las barreras del idioma y la cultura, es una forma eficaz de involucrar a los afectados.

Tabla.2. Cuadro resumen de los programas de Arte terapia para personas con discapacidad intelectual.

País	Nombre del programa	Se trabaja con:	Enfoque psicológico	Población que atiende	Lugar de trabajo	Objetivo
Canadá 1998-actual	H'art Studio of Smiles	Arte, música, danza y teatro.	Sin publicar.	Adultos con discapacidad intelectual.	Institución privada.	Desarrollar habilidades de alfabetización y vida a través de las artes.
Chile 2007-actual	Flor de Arte	Artes plásticas.	Sin publicar.	Algún tipo de discapacidad intelectual, física, alteraciones psicológicas y-o alteraciones psiquiátricas.	Institución privada.	Proveer a los artistas un espacio, herramientas para expresarse creativamente.
Estados Unidos 1997-actual	Art Therapy Express Program	Artes visuales, movimiento creativo, el teatro y la música.	Sin publicar.	Personas con deficiencias físicas, mentales o emocionales, visuales y auditivas, deficiencias intelectuales.	Escuelas de Delaware, hospitales, organizaciones comunitarias.	Liberación de la energía creativa, la integración y el desarrollo de su personalidad.
México 2004-actual	Centro de Investigación y Servicios de Educación Especial	Artes plásticas.	Humanista	Población con discapacidad intelectual.	Centro privado.	Impulsar la capacidad reflexiva, promover sus competencias emocionales.
México 2011	Terapia con Arte para personas con discapacidad	Artes plásticas.	Sin publicar.	Personas con discapacidad.	Pacientes del Centro de Rehabilitación y Educación Especial.	Mejorar su autoestima, desarrollar sus capacidades e inclusión social.
Irlanda 2012	Dramatherapy & Creative Arts Therapy	Artes plásticas, música, teatro.	Sin publicar.	Adultos de entre 19 a 60 años con discapacidad intelectual o física.	Privado.	Expresión creativa mediante sesiones de dramaterapia y arte creativo.
España 1999-actual	Educación emocional a través de la creatividad.	Artes plásticas	Sin publicar.	Personas con discapacidad intelectual.	Asociación privada.	Que adquieran conocimientos sobre los movimientos artísticos y autores representativos.
España 2012	Arte Terapia para personas con discapacidad intelectual.	Artes plásticas.	Sin publicar.	Personas con discapacidad intelectual.	Asociación Sant Tomas.	Expresar y entender las emociones mediante la expresión artística y el proceso creativo.

País	Nombre del programa	Se trabaja con:	Enfoque psicológico	Población que atiende	Lugar de trabajo	Objetivo
España 2009	Proyecto de un taller de Arte Terapia.	Artes plásticas.	Sin publicar.	Niños con discapacidad intelectual.	Centro Educativo Público de Integración de la Comunidad.	Desarrollar confianza, mejorar el autoconcepto, elevar el autoestima y la capacidad expresiva (comunicación).
España	El arte como terapia de ayuda a la salud mental de personas con parálisis cerebral.	Artes plásticas.	Sin publicar.	Personas con parálisis cerebral.	Hospital Virgen del Rocío	Mejorar la calidad de vida de las personas, contribuir al desarrollo armonioso de la personalidad.
España 2008-actual	Talleres de Arteterapia para discapacitados intelectuales	Artes plásticas.	Psicoterapia Humanista.	Adultos y niños con discapacidad intelectual.	Museo Joaquín Peinado.	Favorecer la integración social y cultural.
España 1993-1996	La expresión artística como puente de comunicación para personas con discapacidad	Artes plásticas.	Sin publicar.	Personas con dificultades de aprendizaje, daño sensorial, físico o psíquico.	Privado.	Enriquecer las experiencias perceptivas, intelectuales, corporales y estéticas.
Singapore 2013	Creativity Matters in health and education	Artes plásticas, danza, música, teatro, narrativa.	Sin publicar.	Niños con necesidades Especiales.	Privado.	Ofrece clases especializadas para desarrollar habilidades emocionales, sociales y físicas.
Tailandia 2013	Art and disability	Artes plásticas.	Sin publicar.	Niños con discapacidad.	Privado.	Promueve la expresión y desarrollo de creatividad a través del arte.
Australia 1991-actual	Art Program	Artes plásticas.	Humanista.	Personas con discapacidades múltiples.	Organización privada.	Ofrece una alternativa a las escuelas especiales. Desarrollo de planes individualizados que atienden necesidades físicas, emocionales y cognitivas.

País	Nombre del programa	Se trabaja con:	Enfoque psicológico	Población que atiende	Lugar de trabajo	Objetivo
Sudáfrica 1993-actual	Consejería de Arte en ambientes escolares	Artes plásticas.	Sin publicar.	Población con discapacidad.	En asociación con el Departamento de Educación dentro del contexto escolar.	Mejorar la vida de aquellas personas, familias y comunidades afectadas por el abuso, el crimen, la pobreza, la xenofobia y el VIH SIDA.

De los diversos programas localizados, en el ámbito de la discapacidad intelectual, no es muy frecuente encontrar programas en los que se trabaje el desarrollo emocional, en algunos de ellos su objetivo es fomentar la creatividad, el conocimiento de los procesos artísticos, acercarlos a la cultura o bien con la finalidad de poder vender las diversas creaciones artísticas.

Una limitación que se presentó durante la búsqueda de los programas fue que al contactar con diversas asociaciones de AT sus tiempos de respuesta fueron muy largos o simplemente canalizaban el correo a otra persona que contactaría a los arte terapeutas y posteriormente ellos enviarían respuesta. Y ante la falta de respuesta se continuó la búsqueda de manera electrónica, ya que no siempre se incluía información adicional sobre sus proyectos, más que una breve síntesis.

Las actividades artísticas enfocadas a la población con DI, puede ser abordada desde una nueva perspectiva, donde se le reconozca como una persona con capacidades y posibilidades de realización. Es cierto que la atención a las personas con DI ha ido aumentando, pero consideremos que todavía hay mucho que hacer. Se debe tener en cuenta que a través del trabajo creativo, se encuentra un medio para su aceptación y valoración, así como un camino para lograr su integración social. Es por eso que uno de los principales objetivos de la difusión y creación de programas alternativos, es promover con los maestros, terapeutas, psicólogos y padres de familia la necesidad de trabajar en programas que fomenten el desarrollo emocional.

A continuación se presentan algunas de las respuestas que se obtuvieron de las asociaciones con las que se contactó directamente:

Taller Mexicano de Arte Terapia

MÉXICO, Ana Bonilla

<http://arteterapia.com.mx>

arteterapiamexico@gmail.com

El Taller Mexicano realiza un diplomado en Arte terapia, cuyo propósito es dar a conocer los múltiples usos y aplicaciones en distintos ámbitos sociales, reflexionar sobre las posibilidades del arte como una herramienta de análisis y exploración terapéutica desde un punto de vista teórico-práctico vivencial. La línea de investigación se desarrolla en los ámbitos clínicos, sociales y/o educativos. Por el momento se han trabajado con población con discapacidad intelectual.

Asociación Colombiana de Arte Terapia

COLOMBIA, Natalia Gómez

www.arteterapiacolombia.org

arte.terapia.colombia@gmail.com

No tenemos ningún proyecto escrito sobre esta población.

Centro Integral de Terapia de Arte

MÉXICO, Glenda Novosky

<http://terapia-de-arte-com>

glenda@terapia-de-arte.com

No se trabaja el tema de discapacidad intelectual o prácticas en el diplomado.

Whitefield Schools and Centre

REINO UNIDO, Maureen Duncan

<http://www.whitefield.org.uk>

m.duncan@whitefield.waltham.sch.uk

“No tenemos arte terapeuta que trabaje con nosotros, tenemos artistas en residencia y realizan proyectos con los alumnos ajustándose a sus necesidades de aprendizaje, pero no son terapeutas. Los únicos terapeutas que tenemos son psicoterapeutas de terapia de música y de lenguaje”.

The Swedish National Association of Art Therapists.

www.bildterapi.se

SUECIA, Art therapy Program

Birgitta Englund

birgitta.englund@occupther.umu.se

Desafortunadamente nuestra asociación no ha formulado directrices de arte terapia con población especial, la discapacidad intelectual no es un tema en el Programa Master, tampoco ningún estudiante ha escrito una tesis del tema y no conozco ningún terapeuta que trabaje con este grupo, por lo tanto su trabajo va a cubrir una gran necesidad, supongo que de todo el mundo.

En el presente trabajo, se ha podido constatar que los proyectos de Arte terapia se llevan a cabo en asociaciones privadas, algunas de ellas también ofrecen como parte de sus servicios una formación educativa, sin embargo, no se encontró ningún programa que se trabajara en un espacio de enseñanza regular. Lo cual evidencia que hasta la fecha, en los centros educativos, el desarrollo emocional de los alumnos es dejado en un segundo plano sin atención.

V. CONCLUSIONES

El Arte terapia es un medio que ayuda al desarrollo personal y emocional, un forma de expresión segura y poco invasiva, en donde las personas se pueden comunicar a través de imágenes y ofrece un espacio para explorar diversos temas de la vida. Trata tanto con el mundo interno como con el mundo social inmediato.

Emplea el arte como un instrumento mediador que acompaña a la persona en su desarrollo integral. Utiliza el proceso creativo con fines educativos y terapéuticos, en un ambiente libre, relajado y confidencial, un lugar seguro para el silencio y la reflexión: para el autoconocimiento.

Entre los beneficios que aporta el Arte terapia se destacan: aprender a usar el arte como un medio de comunicación y expresión, aprender a identificar y comprender y las situaciones positivas y negativas que se viven diariamente, de buscar alternativas asertivas en un espacio de expresión en donde las personas sean escuchadas y apoyadas.

De las definiciones que aportan las asociaciones de Arte terapia en los países del mundo, pudo observarse que trabajan en diversos ambientes, utilizan diferentes metodologías y materiales, sin embargo, persiguen objetivos similares como promover el desarrollo emocional. En algunos casos estos programas trabajan con artes plásticas, otros incluyen también la música, danza y teatro.

Todos ellos comparten el lenguaje artístico como base para facilitar la comunicación, considerándola como un medio que les permitirá favorecer cambios positivos en los sentimientos y conductas de las personas.

Durante la búsqueda de asociaciones de Arte terapia que atienden el desarrollo emocional, se encontraron diversas a nivel mundial quienes han incorporado como parte de su trabajo esta herramienta, abriendo así un espacio innovador en el cual las personas enriquecen su capacidad comunicativa, la reflexión sobre ellos mismos y los otros, estimulando su creatividad y desarrollando habilidades para la identificación, expresión, comprensión de emociones.

Ante la importancia de conocer los beneficios del uso del AT en la población con DI, adicionalmente se realizó un revisión estadística que sirvió como apoyo para poder conocer el porcentaje de la población que necesita apoyo o atención. Al respecto se puede concluir que a pesar de contar con importantes movimientos sociales enfocados a integrar a la población en ambientes educativos, laborales, servicios de salud, así como su inclusión a la sociedad. La información con la que se cuenta en relación a la atención de las personas con discapacidad intelectual es limitada.

Esto se debe a que en los censos de población realizados, se hace evidente la necesidad de contar con un sistema formal en la recolección de la información, ya que en los datos presentados son el continente Americano y Europeo quienes cuentan con mayor información para obtener datos específicos sobre esta población, otros países no cuentan con datos al respecto de la incidencia de esta población.

Algunos países no fueron incluidos en este estudio debido a la falta de continuidad en sus Censos de población. Como en el caso de Argelia en donde se realizó su último censo en 1998 o el Chad en 1993; o bien porque solo realizan un conteo de la población con discapacidad sin incluir datos respecto a sus diferentes tipos (visual, auditiva, motora, lenguaje e intelectual) como fue el caso de: Belice, Bolivia, Cambodia, Canadá, Croacia, Colombia, Etiopía, India, Irán, Nicaragua, Portugal, Turquía, Uruguay.

En nuestro país se evidencia la inconsistencia en la presentación de los datos: en donde los porcentajes sobre la discapacidad y sus tipos (visual, auditiva, motora, intelectual, comunicación) sobrepasan el 100%, según reportes del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) *“la suma de los porcentajes es mayor a 100%, debido a que la población tiene más de una limitación”* (INEGI, 2010). Estos resultados pueden deberse a que no se está realizando una encuesta exhaustiva que aporte datos concretos de la población o bien valdría la pena cuestionarse si con las preguntas elaboradas y utilizadas son suficientes para obtener datos más exactos.

Durante la búsqueda de información, también se encontró que algunos países aún no habían integrado a sus censos preguntas que permitieran conocer el porcentaje de la población que vive en condición de discapacidad, tal es el caso de Dinamarca, Mónaco, Rumania, Austria, Eslovenia, Estonia, Lituania. En el caso de Noruega los datos fueron imprecisos porque la discapacidad no se clasifica en diferentes tipos (visual, motora, intelectual, auditiva, comunicación) y algunas enfermedades crónicas se incluyen dentro de este grupo (Skomsoy, 2012, comunicación personal).

Si tomamos en cuenta que el conocer el porcentaje de la población con DI, sus características y condiciones de vida, son el punto de partida para poder desarrollar programas que apoyen a este sector de la población, entonces la pregunta central aquí sería ¿Cómo es que se van a poder diseñar los programas que les puedan dar atención a sus necesidades, si la información es confusa o no existe?

En este contexto el entorno familiar va a tener un papel fundamental, ya que constituye una parte esencial para la promoción y el goce de una mayor estabilidad emocional y social en las personas con discapacidad intelectual. A muchas familias les toma un periodo considerable de tiempo aceptar la situación que vive su hijo o hija y el impacto que ello tiene en la familia. Que con la

orientación profesional adecuada se podría construir un entorno que les permita a sus hijos crecer en un ambiente seguro, en el que se estimulen todas las áreas de su desarrollo y en donde se promuevan vínculos sanos entre sus integrantes. Es por ello que buscar asesoría psicológica y ubicar los espacios que les brinden una atención integral es imprescindible.

A lo largo de la presente tesis, se pudo localizar información que señala que gran parte de esta población presenta dificultades para identificar, comprender, expresar y regular sus emociones, ya que son una población vulnerable debido a sus condiciones de vida y crianza. Generalmente presentan problemas para mantener su atención, con baja autoestima e inseguridad para establecer nuevas relaciones interpersonales. Necesidades de apoyo emocional, que al no recibir la atención adecuada, da lugar a repercusiones en su aprendizaje, en su vida personal y social que les puede llevar a manifestar conductas como rebeldía, introversión, agresión, miedo o timidez.

Esta problemática atañe necesariamente al psicólogo educativo, se debe considerar el trabajar en los ambientes educativos con los profesores y psicólogos para desarrollar estrategias que les permitan ofrecer los apoyos individualizados que requieren, tal como se propone en la nueva definición y clasificación de apoyos de la American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (2013) para así poder brindarles un ambiente que les permita disfrutar de las oportunidades que poco a poco se van abriendo con el movimiento de inclusión a nivel nacional e internacional.

Un abordaje que puede favorecer el desarrollo integral de las personas con DI, puede ser la inclusión del Arte terapia propiciando espacios que promueven la expresión plástica en las escuelas. En este trabajo, se ha podido constatar que aunque existen programas de AT a nivel mundial, hay proyectos de este tipo que mayormente se llevan a cabo en asociaciones privadas. Sin embargo, no se encontró ningún programa que se trabajara en un espacio de enseñanza regular,

ello lleva a cuestionarse el por qué siendo las emociones inherentes al ser humano, no son tomadas en cuenta en el proceso de enseñanza, específicamente en los programas de integración. Probablemente ello puede deberse a que son escasos los estudios enfocados al desarrollo emocional en el contexto escolar relacionados con la escuela. Se hace entonces evidente la relevancia que tiene el desarrollo emocional a partir de la psicología dirigida a una educación más integral de todos los estudiantes con discapacidad intelectual.

Si bien, se han realizado grandes esfuerzos por incluir a la población con discapacidad intelectual al ambiente escolarizado, su educación se ha enfocado primordialmente en desarrollar las habilidades cognitivas y en capacitarlos en el aprendizaje de un oficio. Sin embargo, aún queda pendiente la atención y promoción de su desarrollo emocional.

Se debe tener en cuenta, que la escuela ocupa una parte primordial en el desarrollo sano y emocional del niño y del adolescente, así como en su integración en la sociedad. En este contexto el AT ofrece un espacio donde se pueden reforzar los aspectos emocionales y de interacción social.

Al preguntamos cuales serían los beneficios de incluir el trabajo de AT en los ambientes escolares sería importante considerar la definición que aporta la *American Art Therapy Association* (2010): utiliza el proceso creativo de hacer arte para mejorar el bienestar físico, mental y emocional de las personas de todas las edades, este proceso creativo involucrado ayuda a resolver conflictos y problemas, a desarrollar habilidades interpersonales, manejar el comportamiento, a reducir el estrés, fortalecer la autoestima, mejorar la timidez y alcanzar el autoconocimiento.

El AT tiene una relación directa con los objetivos que se plantean en el ámbito educativo, considerando el espacio arte terapéutico como un lugar en donde se abre paso al descubrimiento y crecimiento de la persona a través de un proceso de autoconocimiento, que progresivamente le permitirá desarrollar su capacidad al identificar sus emociones, sentimientos y al mismo tiempo expresarlos en forma clara y pertinente. Se relaciona directamente con una de las aspiraciones fundamentales de la escuela: el desarrollo de la autonomía.

De los programas de Arte terapia en personas con discapacidad intelectual que se lograron recopilar a nivel mundial fueron 16 documentados en 13 países, creados entre 1993 y 2013, cada uno de ellos cuenta con objetivos y enfoques de trabajo distintos. Lo anterior fue una limitante al momento de organizar los programas, ya que para algunos de ellos la meta era potencializar la creatividad, para otros mejorar la comunicación, expresión de sentimientos y emociones, otros buscan acercar a los participantes a la cultura, o bien en sus asociaciones solo atienden a la población regular.

Se considera al Arte terapia como una nueva disciplina que abre un espacio para la formación del Psicólogo, una línea de trabajo innovadora y de especialización, que le permitirá utilizar nuevas estrategias en los contextos educativos. Es por ello una alternativa contar con programas para formar psicólogos en esta línea de trabajo, que lo convertirá en un promotor del desarrollo emocional, un facilitador o guía del proceso, un acompañante durante el proceso en el que los estudiantes puedan conocerse, construir una identidad y una relación de bienestar con los que le rodean.

El reto ahora, es integrar nuevas alternativas en la atención de la población con discapacidad intelectual que posibiliten la atención integral en las escuelas con programas para fomentar el desarrollo emocional. Finalmente el propósito es contar con una educación integral y que sea un complemento indispensable para

optimizar el desarrollo humano; físico, intelectual, social, emocional, no solo de la población con DI, sino también de la población regular.

De la posible aplicación de terapias artístico-creativas, en especial a alumnos con dificultades de integración, déficits y/o diferencias socio-culturales, intelectuales. La expresión mediante el arte, podrían ser un recurso muy valioso de intervención y prevención terapéutica en la escuela.

Sería muy beneficioso difundir ampliamente las investigaciones más recientes y diseñar otras investigaciones que estudien los beneficios del Arte terapia tanto en poblaciones con discapacidad intelectual en ambientes educativos regulares.

REFERENCIAS

1. Bisquerra, R. (2009). Psicopedagogía de las emociones. España: Síntesis, S.A.
2. Cervone, D., Pervin, L. (2009). Personalidad, Teoría e investigación. 2ºda edición. México: Manual Moderno.
3. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Protocolo Facultativo. CONAPRED, 2007.
4. Dalley, T. (1984). Art as therapy. (6ta ed.) Barcelona. Herder.
5. Frager, R., Fradiman, J. (2010). Teorías de la personalidad. 6ºta edición. México: Algaomega.
6. Marxen, E. (2011). Diálogos entre arte y terapia. Del arte psicótico al desarrollo de la arteterapia y sus aplicaciones. Gedisa. Barcelona.
7. Mendoza, S. (2009). Taller de sensibilización para padres de hijos con discapacidad. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología.
8. Piceno, R y Vega, E. (2003). La autoestima en personas con discapacidad intelectual: un reto para la familia. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología.
9. Reeve, J (1994). Motivación y emoción. (3ra, ed.) Mac Graw Hill. México
10. Rubin, J. (2001). Approaches to Art Therapy Theory & Technique. Brunner Routledge.
11. Schorn, M. (2003). La capacidad en la discapacidad, sordera, discapacidad intelectual, sexualidad y autismo. Argentina.
12. Trujillo, M., Martín, S. (2010). Desarrollo socioafectivo. España: EDITEX
13. Vargas, T., Polaino, A. (1996). La familia del deficiente mental. Madrid: Ediciones Pirámide.
14. Woldt, A., Toman, S. (2007). Terapia Gestalt, historia, teoría y práctica. México: Manual Moderno.

REFERENCIA DIGITAL

1. Abarca, M. (2003). La educación emocional en la Educación Primaria: currículo y práctica. Tesis doctoral. Universidad de Barcelona. http://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/2349/01.MMAC_PRIMERA_PARTE.pdf?sequence=2 [30-mayo-2012]
2. Arvio, M., Sillanpää M. (2003). Prevalence, aetiology and comorbidity of severe and profound intellectual disability in Finland. The National Center for Biotechnology Information <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12542576> [3-febrero-2013].
3. Arte Terapia Guatemala (2014). ¿Qué es el arte-terapia? <http://www.arteterapiaguatemala.com/2013/04/que-es-el-arte-terapia.html> [7-febrero-2014]
4. Art Relief International. Art and disability. <http://www.artrelief.net/meet-our-partners/arts-and-disabilities> [28-mayo-2012]
5. Art Therapy Express. <http://www.arttherapyexpress.org> [14-mayo-2012].
6. Arts Monte Lupo, a Multicap innovation. Art Program. (http://www.multicap.org.au/montelupo/art_therapy_progam) [18-abril-2012]
7. Asociación Argentina de Arte terapia. www.asoarteterapia.org.ar/ [15-enero-2012]
8. Asociación a favor de las personas con discapacidad intelectual del Suroeste de Almería. (2011). Definición de discapacidad intelectual. <http://www.asprodesa.org/portal/asprodesa/definicion-de-discapacidad-intelectual/> [12-abril- 2012]
9. Asociación Chilena de Arte terapia. <http://arteterapia-chile.blogspot.com>. [20-Junio-2010]
10. Asociación profesional española de Arteterapeutas. <http://www.arteterapia.org.es/> [17-mayo-2012]
11. Asociación Sant Tomás. Arte terapia en personas con discapacidad intelectual. (<http://www.tavanakotne.eu/?id=240&fid=110>) [30-abril-2012]
12. Associação Brasileira de Arteterapia (ABA). (2014). O que é Arteteapia. www.aatesp.com.br [15-mayo-2014]
13. Australian and New Zealand Arts Therapy Asociation. (2013). What is aArt Therapy. <http://www.anzata.org/> [18-junio-2013].
14. Australian network on Disability. (2009). Disability Statistics. <http://www.and.org.au/pages/disability-statistics.html> [6-julio-2013]

15. Barra, C. (2010). Arteterapia y personas con discapacidad severa. Tesis de Especialización en Terapia de Arte. Universidad de Chile. http://www.cybertesis.uchile.cl/tesis/uchile/2010/ar-barra_c/pdfAmont/ar-barra_c.pdf [2-Abril-2011].
16. Barrón, R. Asociación ARGADINI. Comunicación personal rebecabarron@argadini.es [15-mayo-2013]
17. Bermejo, G. (2006). El mundo emocional de las personas con retraso mental. sid.usal.es/idocs/F8/FDO18264/premio_emociones.pdf [22-mayo-2013]
18. British Association for Art Therapists. http://www.baat.org/art_therapy.html. [25-Mayo-2010.]
19. Bureau of Statistics Guayana. (2002). Census 2002 National Report. Chapter VIII: Disability and Health. <http://www.statisticsguyana.gov.gy/census.html#popcenfinal> [1-enero-2013]
20. Cáceres, C. (2004). Sobre el concepto de la discapacidad. Una revisión de las propuestas de las OMS. Revista electrónica de audiología. 2: 2-4 <http://www.auditio.com/docs/File/vol2/3/020304.pdf> [21-mayo-2012]
21. Callejón, M. Granados, M. (2003). Creatividad, expression y arte: terapia para una educación del siglo XXI. Revista de investigación educativa. No.6.
22. Campusano, E. (2011). Arteterapia y Educación especial. Una intervención de arteterapia con una persona con discapacidad intelectual. Tesis de Postgrado. Universidad de Chile. http://www.cybertesis.uchile.cl/tesis/uchile/2011/ar-campusano_e/pdf.Amont/ar-campusano_e.pdf
23. Canadian Art Therapy Association (CATA). <http://www.catainfo.ca/faq.php> [13-marzo-2012].
24. Central Statistics Office Ministry of Statistics & Programme Implementation Government of India (2011). Disability in India – A statistical profile. Chapter IV. Dimension of disability in India. http://mospi.nic.in/Mospi_New/upload/disablity_india_statistical_profile_17mar11.htm [24-marzo-2012]
25. Centro Integral de Terapia de Arte en México. (2014) www.terapia-de-arte.com [10 abril-2014]
26. Centro de Información Estadística. (2002). Censo de Población y Viviendas 2002 Paraguay. (jmo@dgeec.gov.py) [3-abril-2012].

27. Centro Integral de Terapia de Arte. Quienes somos, ¿Qué es?. <http://terapia-de-arte.com/inicio.htm> [22-agosto-2012]
28. Cruz, M., Jenaro, R., Pérez, M., Flores, N. (2010). Aplicabilidad de la escala de intensidad de apoyos (SIS), en población mexicana con enfermedad mental severa. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v1Bn5/es-19.pdf> [5-Junio-2011].
29. Chóliz, M. (2005). *Psicología de la emoción, el proceso emocional*. Dpto. de Psicología. Universidad de Valencia. <http://www.uv.es/choliz/Proceso%20emocional.pdf> [21-Junio-2010]
30. Cobas, M. y cols. (2010). Caracterización epidemiológica de las personas con discapacidad en Cuba. http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol_36_04_10/spu04410.htm [29-dic-2012]
31. Declaración de Montreal sobre la Discapacidad Intelectual. <http://www.declaracionmontreal.com/espagnol/declaracion.htm> [2-febrero-2012]
32. Department of Statistics of Ministry of the Interior. (2010). The 2010 Population and Housing Census Taiwan. sicbs@dgbas.gov.tw [10-abril-2012]
33. Department of Statistics population and housing census Jordanian (2004). www.dos.gov.jo/dos_home_e/main/ [29-julio-2012]
34. Dowmat, L. (2002). Yo puedo, tú puedes... la expresión artística como puente de comunicación para personas con discapacidad. *Arte, individuo y sociedad*. 405-409.
35. Dowmat, L. (2003). *Técnicas plásticas del arte moderno y la posibilidad de su aplicación en arte terapia*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid. biblioteca.ucm.es/tesis/bba/ucm-t27338.pdf [13- noviembre-2012]
36. Duncan, N. (2007). Trabajar con las emociones en Arteterapia. *Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*. 2: 39-49.
37. Erickson, W. Lee, C., & Schrader, S. (2011). 2009 Reporte del Estado de la Discapacidad: Estados Unidos. Ithaca, NY: Cornell University: Instituto de Empleo y Discapacidad (EDI). http://www.disabilitystatistics.org/StatusReports/2009-PDF-Spanish/2009-StatusReport_US.pdf?CFID=417225&CFTOKEN=55575414&jsessionid=8430abdf9818d2a7795c72435e5363273d22 [24-marzo-2012]
38. Essame, C. (2013). *Creativity Matters in health and education*. www.carolineessame.com [10-septiembre-2013]

39. Equipo de Terapias de Arte Perú.
<http://equipoterapiasdearte.com/index.php/aboutus/68-quees> [8-marzo-2012]
40. Fédération Française des thérapeutes Art. art- thérapie. <http://www.ffat-federation.org/> [15-marzo-2012]
41. Federazione Italiana Arteterapeuti (FIA). (2004).
<http://www.centrostudiarteterapia.org/index.php?module=subjects&func=viewpage&pageid=35> [14-marzo-2012]
42. Florida Art Therapy Association. (2012). Who are the Art therapist?
<http://www.americanarttherapyassociation.org/upload/whoarearttherapists2009.pdf>
[19-diciembre-2012]
43. Fontanet, A. (2012). Comunicación personal a.fontanet@santthomas.cat [16-marzo-2012]
44. Foro Iberoamericano de Arteterapia. Historia del Arteterapia.
<http://arteterapiaforo.org/historia.html> [31-enero-2012].
45. Fundación COANIL. Programa Flor de Arte. <http://www.coanil.cl/> [10-noviembre-2012]
46. Germany Statistisches Bundesamt (2007). Neukonzeption des Behindertenberichtes. Reiner.Schwarzbach@bmas.bund.de
47. Hageman, R. (2012). Cental Bureauvoor de Statistiek Netherlands.
rb.hageman@cbs.nl [5-abril-2012]
48. Hauser, J. (2011). Arteterapia y género. <http://arteterapiaygenero.com/arteterapia-2/> [12-mayo-2013]
49. H'Art School of Smiles. H'art Studio.
<http://www.kingston.org/hartstudio/program.htm> [14-marzo-2012]
50. Hellenic Republic, Hellenic Statistical Authority. (2007). Greece, categorias and diseases.
http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/BUCKET/A2103/Other/A2103_SHE12_TS_MM_00_1997_00_2007_01_F_BI.xls
51. Human Resources and Skills Developmental Canada. Canadians in context- People with disabilities. http://www4.hrsdc.gc.ca./3ndic1t@-eng.jsp?iid=40#M_1
[11-Nov-2011]
52. Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique Republique D'Haiti.
<http://www.ihsi.ht/tableau/population2.htm> [28-junio-2012]

53. Instituto Brasileiro de Geografía y Estadística (IBGE). Censo 2010: País tem declínio de fecundidade e migração e aumentos na escolarização, ocupação e posse de bens duráveis. http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=2018&id_pagina=1 [24-marzo-2012]
54. Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2006). Encuesta Nacional Contínua, 2006 Perú. (infoinei@inei.gon.pe)
55. Instituto Nacional de Estadística Guatemala. (2008). Hombres y mujeres en cifras 2008. <http://dipredca.csuca.org/fuentes/Informes%20de%20Desarrollo%20Humano/2005/Informe/anexo%20estad%EDstico%20Sa%20-%20INDH%202005.pdf> [5-abril-2012].
56. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI).Censo de población y vivienda 2010. Presentación de resultados. <http://www.censo2010.org.mx/> [18- mayo-2011]
57. Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2004) Encuesta Nacional de Discapacidad (ENDI) Argentina. Primeros resultados de la Encuesta Nacional de Discapacidad. http://www.indec.mecon.ar/nuevaweb/cuadros/2/gacetilla_endi_10_04.pdf [18-Mayo-2011]
58. Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2000). IX Censo de Población Costa Rica. Población total por tipo de discapacidad, según provincia, sexo y grupos quinquenales de edad.
 - a. <http://www.inec.go.cr/Web/Home/GeneradorPagina.aspx> [9-abril-2012]
59. Instituto Nacional de Estadística y Censos (2010). Ecuador, población por condición de discapacidad intelectual. inec@inec.gob.ec [14-abril-2012]
60. Instituto Nacional de Estadística y Censos (2012). XI Censo de población y VII de vivienda Panamá, resultados finales. <http://www.contraloria.gob.pa/inec/> [8-abril-2012]
61. Irish Association of Creative Art Therapist (IACAT). <http://www.iacat.ie> [8-marzo-2012]
62. Israeli Creative and Expressive Art Therapist Association (ICET/ YAHAT). <http://www.yahat.org/english/> [8-marzo-2012]

63. Jiménez, D. (2010). Clima social en el aula. Corporación Síndrome de Down. <http://www.corporacionsindromededown.org/userfiles/Clima.pdf> [21-Oct-2011]
64. Le handicap in chiffres France (2004). www.ctnerhi.com.fr/.../handicap_chiffres_2004.pdf [10-marzo-2011]
65. Lefika La Phodiso - The Art Therapy Centre. <http://www.arttherapycentre.co.za/> [9-marzo-2012].
66. Lobato, M.,Martínez, M.,Molinos, I. (2003). El desarrollo de habilidades en las personas con necesidades educativas especiales a través de la expresión plástica. sid.usal.es/idocs/F8/.../desarrollo_habilidades_personas_con_nee.pdf [13-febrero-2014].
67. London Art Therapy Centre. What is Art Therapy? <http://arttherapycentre.com/what-is-art-therapy/> [12-mayo-2013]
68. López, D. (2009). La intervención arteterapéutica y su metodología en el contexto profesional español. Tesis doctoral. Departamento de expresión plástica, musical y dinámica. Universidad de Murcia. <http://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/10387/1/LopezMartinez.pdf> [17-mayo-2012]
69. López, M. y Martínez, N. (2009). Arteterapia. Principios y ámbitos de aplicación. Fondo Social de la Unión Europea y Junta de Andalucía. http://www.asanart.es/docs/principios_ambitos.pdf [25-enero-2012]
70. Martínez, N. (2006). Arteterapia: nuevos caminos para la mejora personal y social http://www.asanart.es/docs/nuevos_caminos.pdf [22-febrero-2012]
71. Mc. Clure, K., Halpern, J., Wolper, P., Donahue, J. (2009). Emotion regulation and Intellectual Disability. Journal of Developmental Disabilities 15 (2), 38-44 http://www.oadd.org/docs/McClure_15-2.pdf [3-Nov-2011]
72. Mas, J. (2010). Los procesos de despido en las rutinas diarias de las familias con hijo con problemas de desarrollo. I Premio de Investigación 2010 sobre personas con discapacidad intelectual. p.21. AMPANS <http://www.ampans.cat/index.php/publicaciones/3/1> [3-Abril-2011]
73. Mideplan (2006). Encuesta CASEN 2006 Discapacidad. Chile http://www.mideplan.gob.cl/casen/publicaciones/2006/Resultados_Discapacidad_Casen_2006.pdf [18-Mayo-2011]

74. Ministerio de Educación de Chile. (2007). Guía de apoyo técnico-pedagógico: Necesidades Educativas Especiales en el Nivel de Educación Parvularia. <http://200.68.0.250/usuarios/edu.especial/File/GuiaIntelectual.pdf> [4-Abril-2011]
75. Molina, M. (2009). Psicogenética evolutiva. Master en Paidopsiquiatría. Universidad Nacional Autónoma de Barcelona. http://www.paidopsiquiatria.cat/files/14_psicogenetica_evolutiva.pdf [30-mayo-2012]
76. Moreno, N. (2007). Arte terapia y adolescentes: promoviendo la expresión emocional de los conflictos de autoridad. Tesis de Postgrado. Universidad de Chile. www.ipadej.org/virtual/mod/resource/view.php?id=97 [2-enero-2012].
77. National Statistical Service of Republic of Armenia. (2008). Report On sample survey of living conditions for the people with disabilities in the Republic of Armenia. http://www.armstat.am/file/article/rep_hash_08e.pdf [5-abril-2012]
78. Naciones Unidas (2006). Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad ¿Por qué una Convención? <http://www.un.org/spanish/disabilities/convention/qanda.html> [27-nov-2012]
79. Naciones Unidas (2007). De la exclusión a la igualdad. Manual para parlamentarios sobre la Convención de los derechos de las personas con discapacidad y su protocolo facultativo. <http://www.un.org/spanish/disabilities/documents/toolaction/handbookspanish.pdf> [27-nov-2012]
80. Naciones Unidas (2011). Informe del Grupo Washington sobre estadísticas de la discapacidad. <http://unstats.un.org/unsd/statcom/doc12/2012-21-WashingtonGroup-S.pdf> [29-mayo-2013]
81. Ojeda, M. (2011). Arteterapia Gestalt, la búsqueda de lo que somos. Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social Vol.: 6. Madrid. <http://revistas.ucm.es/index.php/ARTE/article/view/37091/35896> [11-mayo-2013]
82. Observatorio de la discapacidad. (2010). Estimaciones cuantitativas y perfil sociodemográfico según la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia España (EDAD 2010). http://www.observatoriodeladiscapacidad.es/sites/default/files/io/01_capitulo1.pdf [10-Junio-2011]

83. Office for Disability issues. (s.f). Indicators from the 1996, 2001 and 2006 New Zealand Disability Surveys for monitoring progress on outcomes for disabled people. <http://www.odi.govt.nz/resources/research/outcomes-for-disabled-people/disability-types.html>
84. Ovalle, C. (2007). Arteterapia para la promoción de salud laboral. Universidad de Chile. Santiago de Chile.
http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2007/ovalle_c/sources/ovalle_c.pdf. [30-Mayo-2010]
85. Paredes, D. (2008). Estética ambiental y bienestar emocional explorando dos ámbitos positivos de la vida de las personas adultas con discapacidad intelectual. Tesis Doctoral. Universidad de Extremadura. Depto. de Psicología y Antropología.
<http://www.biblioteca.unex.es/tesis/9788469263112.pdf> [12-agosto-2011]
86. Pérez, A. (2003). Desarrollo socioemocional en la infancia. Sociedad de Pediatría de atención primaria de Extremadura.
<http://www.spapex.es/3foro/desemocional.htm> [17-mayo-2012]
87. Pomona I Final Report (2002-2004). People with Intellectual Disability in the member states. http://www.pomonaproject.org/1_people_member_states.pdf [6-julio-2013].
88. Polo, L. (2000). Tres aproximaciones al Arte Terapia. Revista Arte, Individuo y Sociedad. 12: 311-319.
89. Reyna, C. (2011). Desarrollo emocional y trastornos del espectro autista. Revista de investigación Psicológica. 14:1 273-280
90. Rico, G. (2011). El arte como terapia de ayuda a la salud mental de personas con parálisis cerebral. 15:72. Psicología revista Internacional on-line.
<http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psicologiacom/article/view/1341/1224/> [5-enero-2012]
91. Richino, S. (2005). La teoría del desarrollo de Winnicott y los espacios transicionales en las organizaciones. Departamento de investigación No. 195.
http://www.ub.edu.ar/investigaciones/tesinas/195_provitina.pdf [30-mayo-2012]
92. Rodriguez, M. (2008). Educar en las emociones: un desafío hacia la integración. Av. Psicolo. 16 (1) enero-diciembre.
<http://www.unife.edu.pe/pub/revpsicologia/educaremociones.pdf> [25-marzo-2012]
93. Romero, E. (2009) Arte terapia y Educación Especial. La nueva alfabetización: un reto para el siglo XXI.

- <http://www.cesdonbosco.com/revista/congreso/57-Encarnacion%20Romero%20Tortajada.pdf> [28-agosto-2011]
94. Ruiz, R., Cerillo, R., Herrán, A., Izuzquiza D., De Miguel, S. (2005). Programa de desarrollo de habilidades emocionales para jóvenes con discapacidad intelectual. IV Congreso de formación para el trabajo. España.
<http://tecnologiaedu.us.es/formaytrabajo/Documentos/ruizuam.pdf>
[12- Mayo-2010]
95. Sant Tomás. Arte terapia para personas con discapacidad intelectual.
<http://www.tavanakotne.eu/?id=240&fid=110> [1-mayo-2012]
96. Sanz, L. (2007). Aplicaciones psicoterapéuticas de la práctica artística.
<http://laliasanz1980.blogspot.es/img/arteterapia.pdf> [8-febrero-2012]
97. Saulle, M. (2004). Report on the situation of disable persons in Italy with regard to the access to occupation. http://poradna-prava.cz/diskriminace/disabfull_it.pdf [11-mayo-2013]
98. SDPNOTICIAS.COM. (2011). Ofrece DIF terapia con arte para personas con discapacidad. <http://www.sdpsnoticias.com/local/veracruz/2011/10/27/ofrece-dif-terapia-con-arte-para-personas-con-discapacidad> [22-mayo-2013]
99. Souza, L. (2011). Estudio de las emociones: una perspectiva transversal". Contribuciones a las Ciencias Sociales. www.eumed.net/rev/cccss/16/ [16-febrero-2014]
100. Statistics South África. (2005). Prevalence of disability in South Africa. www.statssa.gov.za/census01/html/Disability.pdf [15-abril-2011].
101. Serrano, Ma. (2008). Arte en la escuela, un espacio para la educación. Curso Psicoterapia, arte y juego en las diferentes etapas de la vida. <http://arteterapiacurso.blogspot.mx/2008/12/arteterapia-en-la-escuela.html> [10-agosto-2013]
102. Serrano, P. (2006). El Arte terapia como herramienta de prevención de Burnout en profesionales de la salud. Tesis de Postgrado. Universidad de Chile, Fac. de Artes. www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2006/serrano_p/.../serrano_p.pdf [5-enero-1012]
103. Schkolnik, S. (2009). América latina: la medición de la discapacidad a partir de los censos y fuentes alternativas.
http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/3/37763/SUSANA_SCHKOLNIK.pdf
[10-febrero-2013]

104. Shalock, R. (1999). Hacia una nueva concepción de la discapacidad. III Universidad de Salamanca, España.
105. <https://campus.usal.es/~inico/investigacion/jornadas/jornada3/actas/conf6.pdf> [3-Abril-2011].
106. Skomsoy, A. (2012). anette.skomsoy@ffo.no. Comunicación personal [11-abril-2012]
107. Sociedade Portuguesa de Arte Terapia. <http://www.arte-terapia.com/pt/a-spat/o-que-e-arte-terapia> [14-marzo-2012].
108. Société Internationale de Psychopathologie de l'Expression et d'art-thérapie. (S.I.P.E) <http://www.sipe-art-therapy.com/en/the-society/who-are-we> [7-marzo-2012]
109. Soler, I. (2012). ¿Qué es arteterapia? <http://www.centro-tao.es/filosofias/isabell-soler-tarradellas/> [13-actubre-2012]
110. Statistical Institute of Jamaica. (2001). Population and Housing Census. hperkins@statinja.gov.jm [5-abril-2012]
111. Taiwan Art Therapy Association. http://www.arttherapy.org.tw/arttherapy_en.php [9-marzo-2012]
112. Taller Mexicano de Arteterapia. (<http://arteterapia.com.mx>) [6-mayo-2012]
113. The National Board of Health and Welfare. (2009). Swedish disability policy – service and care for people with functional impairments. http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8445/2009-126-241_2009126241.pdf [6-enero-2013].
114. Torres, E. (2005). Taller de Arte terapia en el tratamiento de una adolescente con fobia social. Tesis de Postgrado.Universidad de Chile, Fac. de Artes. www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2005/torres_e/sources/torres_e.pdf [5- enero-2012]
115. Unicaja Banco, S.A. (2011). Programa educativo del Museo de San Joaquín Peinado de Ronda. https://www.unicaja.es/PortalServlet;jsessionid=0001p6NSqGG9z3zc3wwel_HHhb6:12aocl1jj?pag=1112184781605&content=fw1219745433928 [16-mayo-2012]
116. Unit for disabilities and rehabilitation. (2003). People with disabilities in Israel: facts and figures. http://www2.jdc.org.il/files/disability/publications/facts_and_figures_english.pdf [13-febrero-2012]

117. Verdugo, A. (2002). Análisis de la definición de discapacidad intelectual de la Asociación Americana sobre Retraso Mental. *Revista española sobre discapacidad intelectual*: 34 (1): 2-15 [5-Junio-2010].
118. Verdugo, A. (2003). Aportaciones de la definición de retraso mental (AAMR, 2002) a la corriente inclusiva de las personas con discapacidad. Servicio de información sobre discapacidad. <http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO6569/verdugo.pdf> [6-junio-2010]
119. Violo, I. (2010). ¿Cuántas personas con discapacidad hay en Venezuela? *Discapacidad Venezuela*. <http://sites.google.com/site/discapacidadvenezuela/Home/articulos/cuantas-personas-con-discapacidad-hay-en-venezuela> [19-Mayo-2011]
120. Watson, D., Nolan, B. (2011). A Social Portrait of People with Disabilities in Ireland. Department of social protection. http://www.socialinclusion.ie/documents/2011-09-21_SocPortraitPWDRreportforWebsite.pdf [10-febrero-2013]
121. Wehmeyer, M. Buntinx, W., Lachapelle, B., Luckasson, R., Shalock, R., Verdugo, M. (2008). The intellectual disability construct and its relation to human functioning. Traducido por Laura Gómez. Instituto universitario de integración de la comunidad universitaria de Salamanca. http://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/55871/1/SC_Constructo_08_corregido_final.pdf [3-abril-2011]

ANEXOS

Tabla. 1. PAISES QUE NO CONFIRMARON DATOS ESTADÍSTICOS Y/O SOLO INCLUYEN A LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD

País	Año	Población total del país	Población con discapacidad	% de población con discapacidad	Población con DI	% con DI
ANGOLA	No realizan Censo de Población desde 1970, el próximo se realizará en 2013.					
ARGELIA	1998	No se encontró registro de población con discapacidad				
BELICE	2000	240 204	14, 172	6%		
BOLIVIA	2001	1, 977, 655	61,145	3%		
BOSTWANA	2011	No se encontró dato de población con discapacidad				
BURKINA FASO	2006	No se encontró registro de la población y no se recibió respuesta para confirmar información.				
BURUNDI	2003	No se encontró registro de la población y no se recibió respuesta para confirmar información.				
CABO VERDE	2010		491, 683		16,505 / 18,217	3.4 / 3.7
CAMBODIA	2008	13,395, 682		1%		
CAMERÚN	2010	No se encontró registro de la población y no se recibió respuesta para confirmar información.				
CANADÁ	2006	31,612, 897	4, 4000,000	14%		
CHINA	1996	1.2 billones	60 millones	5%	11,820,000	
COLOMBIA	2005	42,889	2,745	6.4%		
CROACIA	2001	4,437, 460	429, 921	10%		
EGIPTO	2010					
ESTONIA	2013	El tipo de discapacidad no se preguntó en el Censo del 2000 y 2011				
ETIOPIA	2010		7 millones	10%		
INDIA	2001		21,907	2.1%		
IRÁN	2006	70, 495, 782	1, 257, 372	2%		
ISRAEL	2001		8,000	10%	928	11.6%
LITUANIA	2004	3, 435, 591			9, 089	
MÓNACO	2012	No se encontró registro de la población y no se recibió respuesta para confirmar información.				
NICARAGUA	2003	2, 534, 491	461, 161	10%		
NORUEGA	2012	No hay datos exactos, se estima en 5 millones (8%)				
PORTUGAL	2001	10, 562, 178	636, 059	6%		
SERBIA	2011	Primer Censo que incluye pregunta sobre discapacidad, resultados en 2013				
TURQUÍA	2002	57, 385, 706	8,5 millones	13%		
URUGUAY	2011	3, 251, 654	599, 591	18%		

Table 2. Estimated prevalence figures for Intellectual Disability in European Union Member States				
Country	Population (millions)	Moderate, Severe & Profound Intellectual Disability 0.3%	All Intellectual Disability at 1%	All Intellectual Disability at 2.5%
Austria	8.1	24,300	81,000	202,500
Belgium	10.2	30,600	102,000	255,000
Cyprus	0.2	600	2,000	5,000
Czech Republic	10.3	30,900	103,000	257,500
Denmark	5.3	15,900	53,000	132,500
Estonia	1.4	4,200	14,000	35,000
Finland	5.1	15,300	51,000	127,500
France	60.4	181,200	604,000	1,510,000
Germany	82.0	246,000	820,000	2,050,000
Greece	10.5	31,500	105,000	262,500
Hungary	10.2	30,600	102,000	255,000
Ireland	3.7	11,100	37,000	92,500
Italy	57.6	172,800	576,000	1,440,000
Latvia	2.4	7,200	24,000	60,000
Lithuania	3.5	10,500	35,000	87,500
Luxembourg	0.43	1,290	4,300	10,750
Malta	0.44	1,320	4,400	11,000
Netherlands	15.8	47,400	158,000	395,000
Poland	38.6	115,800	386,000	965,000
Portugal	10.8	32,400	108,000	270,000
Slovakia	5.4	16,200	54,000	135,000
Slovenia	2.0	6,000	20,000	50,000
Spain	39.4	118,200	394,000	985,000
Sweden	8.9	26,700	89,000	222,500
UK	58.6	175,800	586,000	1,465,000
All	451.3	1,353,810	4,512,700	11,281,750

(Population figures taken from Eurostat www.europa.eu.int Oct 2004)

Formación del arte terapeuta.

Máster Universitario en Arteterapia y Educación Artística para la Inclusión Social

Universidad Autónoma de Madrid

Universidad Complutense de Madrid y Universidad de Valladolid.

El plan de estudios conducente a la obtención del título de Máster en Arteterapia y Educación Artística para la Inclusión Social.

Módulos:

I. Módulo Básico: Formación e Investigación Básica en Arteterapia.

II. Módulo de Especialización:

1. Especialización e Investigación en Ámbitos Psicosociales, Clínicos y Educativos.

2. Especialización e Investigación en ámbitos Culturales.

III. Módulo de Prácticas e Investigación.

Trabajo Fin de Máster.

Plan de estudios:

- ∂ Fundamentos del arteterapia y educación artística para la inclusión social
- ∂ Procesos psicológicos y fundamentos en psicoterapia
- ∂ Creatividad y arte
- ∂ Arteterapia aplicada I.
- ∂ Ámbitos de arteterapia. Dinámicas arteterapéuticas
- ∂ Arte, emoción y empatía
- ∂ Arteterapia aplicada II
- ∂ Fundamentos de la Educación Especial en la enseñanza no formal
- ∂ Los museos como espacios educativos para la inclusión social. Metodologías, modelos y diseños educativos.
- ∂ Programas y diseños educativos de arteterapia en los ámbitos culturales

- ∂ Prácticas
- ∂ Seminario de Investigación
- ∂ Trabajo Fin de Máster

Requisitos Específicos de Admisión: el máster se dirige a graduados (o nivel semejante de estudios) preferentemente en áreas de Educación (Psicopedagogía, Educación Especial, Pedagogía, distintos grados de Maestros/as), de Psicología, Psicología clínica o social, de la Intervención social (Trabajo social, Educación social, Antropología) o Artísticas (Historia del Arte, Bellas Artes, Arquitectura o Título Superior Universitario de Enseñanzas Artísticas), sanitarias (medicina, enfermería, terapia ocupacional).

Los/as estudiantes acompañarán a su solicitud de admisión la documentación justificativa de sus méritos evaluables, conforme a lo dispuesto en el correspondiente plan de de estudios.

Criterios de valoración:

- Expediente académico en la titulación de acceso.
- Formación específica (exceptuando titulación de acceso).
- Experiencia profesional en el ámbito del conocimiento del máster.
- Experiencia docente e investigadora.
- Adecuación del perfil del/ de la candidata/o a los objetivos y contenidos del programa.
- Entrevista personal.
- Conocimientos de idiomas acreditados por organismos oficiales.
- Carta de motivos (recuperado en <https://portal.ucm.es/web/arteterapia/inicio>)