



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Psicología



La arteterapia como modificador conductual en niños y niñas de entre 6 y 10 años de edad con TEA (Trastorno del Espectro Autista): propuesta de un taller semiestructurado.

T E S I N A
Que para obtener el título de
Licenciada en psicología,
P R E S E N T A

Karla Alicia Karam Díaz

DIRECTORA DE TESINA

Mtra. Guadalupe Inda Sáenz Romero

SINODALES

Mtro. Jorge Orlando Molina Avilés (revisor)

Mtra. Patricia Paz de Buen Rodríguez

Mtra. Karina Beatriz Torres Maldonado

Mtro. Jorge Álvarez Martínez

Ciudad Universitaria, Cd. de Mx; Octubre 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México



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

A la maestra Inda Sáenz por su paciencia y guía en este proceso tan complejo, pero también gracias por compartir en la *Naturaleza Tetihuacana* un poco de su arte.

A mis revisoras Karina Torres, Patricia de Buen y revisores Jorge Alvarez y Jorge Molina, cuyas observaciones, sugerencias y visión profesional enriquecieron no solo este trabajo, sino también mi perspectiva.

A la Facultad de Psicología de la UNAM y a la DEC que me ayudaron a emprender este viaje memorable.

A mis padres Jose Luis y Noemi, a mis hermanos Laura y Luis, a mi Abi y a mis yochos, por la grandeza de su existencia.

A todos aquellos que contribuyeron con espacio, tiempo y compañía durante este proceso.

A mi Conejito, porque a donde voy, él va.

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	4
CAPITULO 1 - Trastorno del Espectro Autista	
1.1 Surgimiento y evolución del termino autismo.....	6
1.2 Definición y Clasificación del TEA.....	10
1.3 Principes teorías Etiológicas del autismo.....	11
1.4 Características Clínicas del TEA.....	21
1.5 Detección temprana y Diagnóstico del TEA.....	25
CAPITULO 2 – Arteterapia	
2.1 Definición de Arteterapia.....	34
2.2 Surgimiento y Evolución de la Arteterapia.....	37
2.3 Fundamentos de la Arteterapia.....	39
2.4 Efectos y Funciones de la Arteterapia.....	51
2.5 Estructura de diversos programas de Arteterapia.....	55
2.6 El arteterapeuta.....	59
2.7 Materiales y técnicas.....	61
2.8 Aplicaciones en pacientes con TEA.....	66
2.9 Investigaciones y publicaciones desde diversas áreas.....	74
2.10 Propuestas Nacionales: Tesis y Tesinas.....	77
2.11 Arteterapia en México.....	80
CAPITULO 3 – Programa de intervención	
3.1 Planteamiento del Problema.....	83
3.2 Objetivos.....	83
3.3 Universo.....	84
3.4 Consideraciones éticas.....	86
3.5 Método.....	87
3.6 Devolución a los padres.....	98
3.7 Conclusiones y limitaciones.....	99
Referencias.....	101
ANEXOS.....	112

INTRODUCCIÓN

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) es un grupo de enfermedades relacionadas con el desarrollo infantil. Laboratorios y grupos de trabajo de todo el mundo mantienen actividades de investigación al respecto de su etiopatogenia, desde enfoques tan diversos como la psicología en sus diversas especializaciones y la neurología, además de la genética y la neurobiología

No existen cifras oficiales para la incidencia del autismo, como genéricamente se conoce a los pacientes con TEA; en México: el INEGI lo incluye dentro del Capítulo de Discapacidades en el subgrupo 320, discapacidades conductuales y otras mentales, calculando que alrededor de 45 000 niños presentan TEA. En fechas recientes, la organización “AutismSpeaks” encontró una incidencia de un caso por cada 115 nacimientos; mientras que en el mundo, específicamente para países desarrollados se aceptan cifras de un caso por 68 nacimientos (Ramírez 2017).

Es justamente por el impacto que el TEA tiene en la sociedad (en los niveles personal, familiar y de comunidad) y en el sistema de salud, que existen múltiples enfoques sobre las diversas posibilidades terapéuticas de las que actualmente se dispone. En este documento proponemos un taller semiestructurado de intervención arteterapéutica, técnica poco aplicada en México, específicamente dirigido al tratamiento de niños con TEA a través del uso de colores, texturas y materiales: una forma de psicoterapia mediada por actividades artísticas visuales y táctiles, campo también relativamente poco conocido y en constante expansión; por tratarse de un modelo semiestructurado, facilita la flexibilidad y adaptabilidad para cada paciente, permitiendo así un taller atractivo que por un lado garantice la mejora en sus habilidades psicomotoras, emocionales y sociales a la vez que permite redirigir actividades que generen ansiedad en el niño en el momento en que sea necesario.

Encontraremos una división por capítulos que nos guiará hacia la comprensión de la propuesta de intervención. En el capítulo I, dedicado a la Historia del Autismo, encontraremos los datos históricos más relevantes sobre el tema, mismos que no están centrados en fechas ni personajes sino en la importancia de sus aportaciones. Haremos un repaso sobre la definición que diferentes grupos de trabajo dan al autismo en el mundo, así como los diversos sistemas de clasificación aceptados en la actualidad. Igualmente, dedicaremos un espacio para las teorías etiológicas que intentan explicar el origen de los TEA y a través del estudio de los rasgos clínicos del autismo, haremos énfasis en la importancia de su diagnóstico temprano.

En el capítulo II haremos una revisión sobre la arteterapia, desde las definiciones que diversas escuelas y grupos de trabajo le dan así como su evolución como herramienta terapéutica desde su nacimiento hasta nuestros días. Se hará énfasis en los fundamentos que desde la psicología tiene la arteterapia y en su aplicación clínica en pacientes con TEA. Incluiremos un apartado para revisar la estructura de un programa arteterapéutico y sus porqués, además de uno para mencionar los modelos que han sido propuestos desde diferentes escuelas y que hoy son aplicados para mantener un nivel uniforme de calidad en los procesos arteterapéuticos y en entornos académicos y de investigación.

Y, por último, una vez revisados los conceptos básicos del autismo y la arteterapia por separado, en el Capítulo 3 se describen las características de la propuesta de intervención psicoterapéutica basada en arteterapia para niños y niñas de entre 6 y 10 años diagnosticados con TEA. Esta propuesta puede considerarse factible y reproducible en diversos escenarios, desde un servicio de apoyo a la comunidad hasta la consulta psicológica y los entornos intrahospitalarios. Esta intervención ofrece en primer término mejoras en la conducta y en consecuencia mejoras en la calidad de vida de nuestros pacientes con autismo, y en segundo término la continuidad de la investigación y actividad académica relacionada con el tema. Es importante mencionar que este programa es flexible y adaptable a las particularidades de cada paciente con TEA, y que sus resultados podrán ser evaluados con instrumentos de medición validados, con el objetivo de apoyar futuras investigaciones al respecto.

CAPITULO 1 – TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

1.1 SURGIMIENTO Y EVOLUCIÓN DEL TÉRMINO AUTISMO

El término autismo fue utilizado por primera vez en 1911 por Eugene Bleuler, psiquiatra suizo, para describir el comportamiento psicótico de algunos pacientes que referirían todo aquello que aconteciese hacia sí mismos. En diversos artículos y tratados, continuó refinando ese concepto para sugerir un proceso psicopatológico de encerramiento en uno mismo como resultado de la retirada activa del paciente de la realidad. Es importante destacar que Bleuler claramente relacionaba los síntomas de lo que hoy conocemos como Trastorno de Espectro Autista con la esquizofrenia infantil, consistente en “la limitación de las relaciones con las personas y con el mundo externo, una limitación tan extrema que parece excluir todo lo que no sea el propio yo de la persona” (Orellano Lezama 2012).

En 1943, el psiquiatra austriaco Leo Kanner publicó el estudio de once casos de patología psiquiátrica infantil caracterizados por un aislamiento extremo a una edad muy temprana, casos que no podían ser diagnosticados bajo las clasificaciones nosológicas de su época. Encontró en sus pacientes, una baja capacidad de interacción con las personas a su alrededor, incluyendo sus padres y hermanos (Camarata 2014). Este aislamiento social le hizo denominar sus hallazgos como el síndrome de Autismo Infantil Precoz, caracterizado por ocho alteraciones del desarrollo:

1. La soledad autista
2. El rechazo obsesivo de los cambios a su alrededor
3. Una memoria de repetición conservada
4. Ecolalia
5. Hipersensibilidad
6. Poca variabilidad en la actividad espontánea
7. Alta reserva cognitiva, y
8. Ascendencia biparental de alta inteligencia

Aunque sus criterios descriptivos presentan sesgos metodológicos importantes y su última publicación representó una autocorrección en la que sólo conservó dos de estas alteraciones (la soledad autista y el rechazo obsesivo de los cambios a su alrededor), su trabajo representó un gran avance en la sistematización del estudio del autismo.

Algunos años después, en 1944, Hans Asperger (Fernández-García 2014) renombrado psiquiatra y pediatra austriaco, publicó una serie de estudios donde describía lo que denominó “psicopatología autista” en niños con ciertas alteraciones del desarrollo caracterizadas por una limitación de las habilidades sociales, estereotipia motora y resistencia a los cambios en su entorno inmediato, criterios que compartió con Kanner pese a que los trabajos de ambos se desarrollaron en forma totalmente separada (si bien ambos se formaron profesionalmente en Viena, estaban separados académica y geográficamente: Kanner en Baltimore, Asperger en Viena).

Asperger encontró en sus pacientes las siguientes características:

- a) No establecen contacto ocular directo, prefiriendo breves miradas periféricas para evaluar su entorno.
- b) Pobres gestos y expresiones faciales acompañadas de movimientos estereotipados como el balanceo.
- c) Uso poco natural del lenguaje.
- d) Siguen sus propios impulsos con independencia de las circunstancias de su ambiente.
- e) No tienen herramientas sólidas para aprender de quienes les rodean.
- f) Tienen áreas de interés aisladas.
- g) Poseen una capacidad de pensamiento lógico abstracto potente.
- h) Elaboran neologismos.

Ambos, Kanner y Asperger, documentaron en la conducta de sus pacientes intereses selectivos a su medio demostrados por gustos y hábitos extravagantes. Y ambos insistieron en diferenciar a sus pacientes de los esquizofrénicos por tres rasgos distintivos: uno, que sus pacientes mejoraban en lugar de deteriorarse; dos, que aparentemente nacían autistas y no debutaban con deterioros progresivos; y tres, sus pacientes no presentaban alucinaciones, a diferencia de los esquizofrénicos.

Es importante agregar que la diferenciación entre el autismo y el Síndrome de Asperger se estableció hasta 1994, categorización a cargo de la American Psychiatric Association, en Estados Unidos de Norteamérica. El síndrome descrito por Asperger se reserva ahora para pacientes con rasgos autistas cuya funcionalidad es mucho mayor que la del autista clásico.

El interés que el autismo provocó en la comunidad científica alentó la investigación bajo diversos enfoques y corrientes:

- Laurette Bender (Thorogood, 2009) psiquiatra norteamericana, continuó trabajando sobre el concepto de esquizofrenia infantil, sugiriendo en 1947 la importancia de las bases neurológicas de la enfermedad y no sólo la influencia del ambiente del paciente. También colaboraría en la elaboración de la prueba Bender-Gestalt de maduración visomotora.
- Beata Rank, formada directamente bajo los preceptos freudianos, publicó en 1955 sus teorías sobre patrones inusuales del desarrollo que denominó “desarrollo atípico del yo”, para referirse a los niños preescolares con limitaciones sociales y actividad motora estereotipada.
- Margaret Mahler (Ceron 2005) psicoanalista nacida en Hungría, describió sus hallazgos sobre ciertas etapas del desarrollo a las que denominó como: a) de autista normal, b) simbiótica y c) de separación-individuación como normales y fundamentales para el desarrollo completo del niño, mismas que son aceptadas desde la corriente psicoanalítica aunque discutida por otras teorías. Mahler publicó en 1952 sus estudios sobre las psicosis simbióticas, proponiendo la existencia de dos tipos de psicosis infantiles que implican una fijación a las fases que preceden al proceso de separación – individualización: una, la Psicosis autística primaria que aparece en los niños que no evolucionan más allá de la primera fase; y dos, la Psicosis simbiótica que aparece en el niño cuando éste hace una fijación en esta fase siendo incapaz de iniciar el proceso de separación. Concluyó que niños con este tipo de psicosis tienen serias limitaciones sociales y son muy sensibles a la frustración.
- Polan y Spencer (1959) elaboraron una lista de cinco criterios para la descripción del autismo:
 1. La distorsión del lenguaje.
 2. El aislamiento social.
 3. La falta de integración a las actividades.
 4. La obsesividad y el nerviosismo.
 5. Una historia familiar de riesgo.

A partir de 1960 (Contreras, 2006) se renovaron los esfuerzos para describir objetivamente al niño autista:

- Nikoolas Tinbergen (1962) etólogo holandés, documentó mediante técnicas de observación comparada la ausencia de fijación de la mirada para describir la falta de contacto ocular del paciente autista.

- En Japón, el dr. Kiyoshi Makita (1966), alumno de Kanner, publicó un estudio sobre el Autismo infantil Temprano, el Autismo Infantil clásico y el Pseudoautismo, centrandose en la diferenciación clínica en estadios de acuerdo a la edad en que el paciente presenta síntomas. La entonces recién creada Sociedad de Psiquiatría Infantil japonesa dedicó apartados y sesiones para crear y alentar una controversia entre los preceptos de Kanner y Asperger.
- M. Rutter y L. Lockyer (1967) publicaron un extenso estudio dividido en cuatro partes donde describen la observación de diez años sobre las psicosis infantiles, añadiendo a las características aceptadas del autismo (la dificultad extrema para la interacción y la rigidez del niño respecto a los estímulos que acepta) diversas anormalidades en la adquisición y desarrollo del lenguaje.
- John Rendle Short (1969), psiquiatra australiano, publicó un artículo titulado “Diagnóstico del Autismo Infantil”, proponiendo la más completa clasificación taxonómica numérica para el autismo para su época. Su propuesta incluía la existencia de catorce criterios de los cuales el paciente debía presentar al menos siete para ser considerado autista, todos ellos presentes dentro de los tres primeros años de vida del niño, tal como Kanner proponía.
- Ole Ivar Lovaas (1987) psicólogo clínico nacido en Noruega, propuso un análisis desde el punto de vista conductual donde enfatiza en el alto impacto del desarrollo intelectual que el autismo producía en el niño. Lovaas es considerado como uno de los padres del tratamiento del autismo a través del método ACA: el análisis de conducta aplicada.

En décadas posteriores se inició la reordenación y sistematización de los criterios diagnósticos del autismo, a la par que diversas áreas como la neuroquímica, la neurofisiología y la genética aportaron información sobre el papel de factores etiológicos. Jaramillo (2017) presentó su tesis de licenciatura en psicología por la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la UNAM titulada “La transformación del concepto de autismo desde sus orígenes hasta la actualidad”, con una extensa revisión sobre la evolución del concepto del autismo y su evolución, incluyendo conceptos desde la época medieval hasta la actualidad.

La investigación del tema continúa en la actualidad en forma activa, lo que permitió la más reciente evolución del término autismo que fue sustituido en 2013 por el de Trastornos del Espectro Autista (TEA), una nueva clasificación diagnóstica cuya aceptación –no exenta de críticas y posibles

mejoras- ayuda a los profesionales de la salud mental a entender rápidamente un contexto clínico que incluye una vasta variedad clínica de rasgos comunes.

1.2 DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN DEL TEA

Etimológicamente, autismo proviene del griego “autos”, que significa uno mismo. Como hemos explicado, Bleuler empleó este término en 1911 para referirse al repliegue sobre sí mismos que observó en sus pacientes. Prácticamente todos los investigadores que siguieron estudiando a este grupo de pacientes mantuvieron en sus observaciones el elemento de autoencierro, por lo que el término autismo y sus variantes perduran hasta la actualidad.

De este modo, el concepto ya mencionado de TEA es utilizado para la comprensión multidimensional de un estado continuo en el que se altera cualitativamente un conjunto de capacidades y ayuda a comprender que se emplean términos comunes para referir a pacientes que, aunque muy diferentes, comparten ciertas características psicopatológicas.

Lorna Wing, psiquiatra inglesa, propuso en 1988 una clasificación en cuatro categorías de acuerdo a la profundidad del daño a la comunicación e interacción social del paciente autista:

- El aislado, que describe a pacientes cuyo comportamiento es autista profundo: no interactúan con su entorno ni con las personas que les rodean. Su expresión facial suele ser neutra.
- El Pasivo, para pacientes que consiguen entender el funcionamiento social básico pero no pueden tomar la iniciativa y se sitúan en una posición receptiva y pasiva.
- El Activo Extraño, para pacientes que realizan aproximaciones sociales en forma activa pero unidireccional, frecuentemente sin empatía y con baja tolerancia a la frustración.
- El Hiperformal, para pacientes en transición hacia la adolescencia que desarrollan peculiares formas de lenguaje elaborado.

Existen múltiples esfuerzos definitorios y clasificatorios del autismo: no resulta exagerado decir que cada autor emite sus propias propuestas de clasificación. Comentaremos, por su importancia clínica, la del DSM 5, que es la más reciente versión de la clasificación internacional de trastornos mentales más utilizada, el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5 (DSM-5).

El DSM 5 incluye el autismo dentro de los trastornos del neurodesarrollo, alejándose de la antigua conceptualización de Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD). Es importante mencionar que otra clasificación internacional de los trastornos mentales, el International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems-10 (ICE- 10), mantiene la antigua clasificación.

El DSM-5 considera tres características fundamentales del autismo:

1. un desarrollo de la interacción social anormal
2. un desarrollo de la comunicación claramente deficitario.
3. un repertorio de actividades e intereses muy restringido.

A partir de la publicación del DSM 5 en 2013 se eliminó el capítulo de autismo para denominarlo Trastorno del Espectro Autista (TEA), ya que reconoce la sintomatología autista común a todos los individuos en un amplio rango de variaciones clínicas. Por esta razón desaparecieron los subtipos de autismo (Síndrome de Rett, Síndrome de Asperger, Trastorno desintegrativo de la infancia, Trastorno generalizado del desarrollo no especificado) anteriormente aceptados.

A continuación se presentan en extenso los criterios diagnósticos del Trastorno del Espectro Autista (TEA) según el DSM-5 (APA, 2013), en su capítulo 299.00 (F84.0). Las cuatro categorías que considera se enlistan con letras mayúsculas de la A a la D:

A. Deficiencias persistentes en la comunicación y en la interacción social en diversos contextos, manifestados por lo siguiente, actualmente o por los antecedentes.

A.1 Deficiencias en la reciprocidad socioemocional; por ejemplo:

- Acercamiento social anormal.
- Fracaso en la conversación normal en ambos sentidos.
- Disminución en intereses, emociones o afectos compartidos.
- Fracaso en iniciar o responder a interacciones sociales.

A.2 Deficiencias en las conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social; por ejemplo:

- Comunicación verbal y no verbal poco integrada.
- Anormalidad en el contacto visual y del lenguaje corporal.
- Deficiencias en la comprensión y el uso de gestos.
- Falta total de expresión facial y de comunicación no verbal.

A.3 Déficits en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de relaciones; por ejemplo:

- Dificultad para ajustar el comportamiento a diversos contextos sociales.
- Dificultades para compartir el juego imaginativo o para hacer amigos.
- Ausencia de interés por las otras personas.

B. Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades que se manifiestan en dos o más de los siguientes puntos, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos pero no exhaustivos).

B.1 Movimientos, uso de objetos o habla estereotipada o repetitiva; por ejemplo:

- Estereotipias motrices simples.
- Alineación de juguetes.
- Cambio de lugar de los objetos.
- Ecolalia.
- Frases idiosincráticas.

B.2 Insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad a rutinas, o patrones ritualizados de comportamiento verbal y no verbal; por ejemplo:

- Elevada angustia ante pequeños cambios.
- Dificultades con las transiciones.
- Patrones de pensamiento rígidos.
- Rituales de saludo.
- Necesidad de seguir la misma ruta o de comer los mismos alimentos

B.3 Intereses muy restrictivos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad y focos de interés se refiere; por ejemplo:

- Fuerte vínculo o elevada preocupación hacia objetos inusuales.
- Intereses excesivamente circunscritos y perseverantes.

B.4 Hiper o hiporreactividad a los estímulos sensoriales o interés inusual por los aspectos sensoriales del entorno; por ejemplo:

- Aparente indiferencia al dolor/temperatura.
- Respuesta adversa a sonidos y texturas específicas.
- Oler o tocar excesivamente objetos.
- Fascinación visual con luces o movimiento.

B.5 Los síntomas tienen que manifestarse en el periodo de desarrollo temprano. No obstante, pueden no revelarse totalmente hasta que las demandas sociales sobrepasen sus limitadas capacidades. Estos síntomas pueden encontrarse enmascarados por estrategias aprendidas en fases posteriores de la vida.

C. Los síntomas causan deterioro clínico significativo en el área social, laboral o en otras importantes para el funcionamiento habitual.

D. Las alteraciones no se explican mejor por una discapacidad intelectual o por un retraso global del desarrollo.

En la misma forma que el término autista ha evolucionado, su definición se ha adaptado a nuevas y continuas investigaciones y procesos clasificatorios para la mejor comprensión de los fenómenos que subyacen al TEA.

1.3 PRINCIPALES TEORÍAS ETIOLÓGICAS DEL AUTISMO

La breve historia del término autismo que se ha expuesto permite entender la complejidad de los enfoques con los que ha sido estudiado, así como la diversidad de causas que sus autores han definido como factores etiológicos. Los avances científicos y tecnológicos en materia de neurociencias, psicología y biología han permitido establecer los lazos con las causas orgánicas del TEA.

A continuación se mencionarán las teorías explicativas más importantes:

1.3.1. Hipótesis Psicógena.

También conocida como Hipótesis Ambiental, se fundamenta en la normalidad de los niños al nacer, normalidad afectada por factores propios del ambiente que los rodea. Afianzada en la teoría de Kanner (1943), sobre el comportamiento de los padres como causante del autismo, fue desarrollada principalmente en el ámbito del psicoanálisis. Esta hipótesis propone que el factor causal del futuro aislamiento social y la anormalidad del desarrollo es la forma de educar a los niños en etapas muy tempranas. Wing (1979), propuso una variante condicional al afirmar que las experiencias de aprendizaje del niño autista son erróneas desde su más precoz desarrollo, y es por eso que está condicionado hacia una conducta anormal.

Sin embargo, esta teoría no explica diversos hallazgos:

- Que los padres de niños autistas no tienen características especialmente distintivas de la personalidad.
- Que los pacientes autistas provienen de padres con múltiples esquemas educativos.
- Que no existe un patrón de stress parental extremo que explique al autismo en forma universal.

1.3.2 Hipótesis Neurobiológica

Sigman publicó en 2010 la teoría de que el cerebro infantil está predispuesto para desarrollar autismo por la existencia de una o varias lesiones. A su vez, estas lesiones provienen de la manifestación de riesgos orgánicos como las complicaciones pre y perinatales, alteraciones genéticas e incluso infecciones virales.

Los riesgos neurobiológicos más conocidos para desarrollar autismo son las complicaciones del binomio madre-hijo en el período prenatal, perinatal y postnatal:

- Infecciones por bacterias e infecciones virales.
- Trastornos hemodinámicos por hemorragia o aumento de volumen sanguíneo.
- Madre mayor de 35 años.
- Uso excesivo de fármacos durante la gestación.
- Amenazas de aborto y/o parto pretérmino.
- Infecciones por citomegalovirus y otras familias virales.

Abrahams y Geschwind (2008) propusieron una ruta de trabajo neurobiológica basada en recientes hallazgos genéticos incluyendo la elaboración de modelos genéticos y la detección de sus variaciones.

Al igual que en la teoría psicógena, la hipótesis neurobiológica no explica la totalidad de los casos de autismo, ya que por un lado estos riesgos antes mencionados se encuentran en elevado número de niños que no presentan autismo, y por el otro, muchos pacientes con TEA no tienen estos riesgos en sus antecedentes.

1.3.3 Teorías Cognitivas

- Teoría de la Mente

Es el modelo cognitivo más usado para describir las alteraciones sociales y emocionales en el TEA. Encuentra sus tempranos orígenes en los trabajos de Premack y Woodroff (1978), aunque fue refinada posteriormente por autores como Baron Cohen (2000), psicólogo inglés, y se fundamenta en que los pacientes con TEA tienen dificultades serias para conceptualizar su propio estado mental y los estados mentales de quienes le rodean, hecho que ha sido denominado como “Ceguera mental” o “falta de capacidad para mentalizar intuitivamente”.

Esta teoría de la mente permite a las personas percatarse de las emociones ajenas, por lo que posibilita la interacción social (Ovadia, 2013), por otro lado nos permite sintetizar las distintas dimensiones afectadas en las personas con TEA en tres grandes áreas: la dimensión social, la dimensión comunicativa y la dimensión conductual.

- Teoría de la Coherencia Central Débil

Propuesta por Frith (1989) y reelaborada por Baron-Cohen (2002), se fundamenta en la tendencia de “búsqueda de significado” propuesta por Bartlett en 1932, mecanismo por el cual niños y adultos procesan información para darle significado en forma global a las señales que reciben, incluso a expensas de la atención o de generar memoria por ciertos detalles. Esta tendencia fue renombrada como “Coherencia Central” por Frith, quien propuso inicialmente que los pacientes con TEA muestran debilidad en este procesamiento lo que les impide obtener una información total de su ambiente de la vida diaria, lo cual genera que su atención se dirija en forma inefectiva hacia los detalles particulares y no la totalidad de lo que perciben.

- Teoría del déficit de las funciones ejecutivas

También llamada Disfunción Ejecutiva, fue formalmente propuesta por Hills (2004) para explicar los patrones motores repetitivos y la perseverancia del autista a través de una disfunción parcial del lóbulo frontal que impide al paciente iniciar nuevas actividades fuera de la rutina que estaba ejecutando. Por funciones ejecutivas se entiende a aquellos procesos superiores de control necesarios para guiar el comportamiento durante los cambios del entorno que rodea al individuo y que incluyen las unidades de planeación, memoria, flexibilidad mental, iniciación e inhibición de

respuestas, control de impulsos y monitoreo de las propias acciones. Robinson, Goddard, Dritschel, Wisley y Howlin (2009) proponen un enfoque multidimensional que involucra al lenguaje y a la capacidad cognitiva global del autista para la disfunción ejecutiva, mientras que Chen, Chien, Wu, Shang, Wu y Gau (2016) han actualizado esta teoría a través de estudios de mapeo cerebral realizados con Resonancia Magnética Nuclear mientras sus pacientes realizaban diversas tareas de cálculo, razonamiento y memoria con el protocolo DIGISPAN, que demuestran que las funciones ejecutivas no sólo involucran al lóbulo central, sino a las áreas precentrales e incluso el sistema límbico.

1.3.4 Hipótesis genética

A partir del estudio de familias con niños autistas, se ha calculado un elevado riesgo de que otro niño de los mismos padres presente autismo: dicha posibilidad se eleva hasta el 2%, comparado contra el 4 por 10 000 de la población en general. Baron Cohen documentó en 1998 que hasta el 3% de los niños hermanos de autistas también presentarán algún tipo de TEA.

Happé encontró en 2008 una alta asociación de trastornos del lenguaje y otras anomalías del desarrollo, incluyendo la interacción social, en hermanos no autistas de pacientes con TEA. Igualmente, documentó una incidencia de autismo más elevada entre gemelos monocigóticos que heterocigóticos.

Losh, Adolphs, Poe, Couture, Penn, Baranek y Piven (2009) publicaron sus hallazgos en relación al perfil neuropsicológico del autismo y lo que denominaron “Fenotipo Ampliado del Autismo”, es decir la existencia de rasgos clínicos autistas en menor grado en familiares de pacientes ya diagnosticados con TEA.

Y, como en las otras teorías, diversas patologías de origen genético como la fenilcetonuria, el síndrome de X frágil, el síndrome de Rett y la neurofibromatosis se han asociado con la presentación de algún tipo de TEA sin que ello signifique aún un hallazgo determinante. La conclusión general de los estudios genéticos publicados a la fecha es la vasta heterogeneidad etiológica del TEA. Ningún gen específico es responsable de la mayoría del TEA e incluso las formas genéticas más comunes representan no más del 1-2% de los casos (Geschwind, 2011).

1.3.5 Hipótesis bioquímica

Las causas fisiológicas también han sido estudiadas como riesgos para presentar autismo desde la década de los setentas, cuando D. J. Boullin (1971) demostró una alteración en la fijación de serotonina en las plaquetas de niños con autismo infantil mediante técnicas de cuantificación en muestras de plaquetas.

Posteriormente, Baron Cohen demostró en 1998 que hasta un 50% de niños autistas tienen niveles de serotonina elevados en sangre.

Frith, psicóloga del desarrollo dedicada a las neurociencias, propuso en 1991 la existencia de un desequilibrio de neurotransmisores y enzimas en pacientes autistas.

Otros autores han documentado niveles bajos de GABA en pacientes autistas, lo que explicaría algunos rasgos relativos al manejo del estrés y la dispersión, y diversas alteraciones oxitocinérgicas. Recientemente Han, del Instituto Politécnico Rensselaer en Troy, USA, demostró que los niños con TEA muestran diferencias en los procesos de la vía del ‘metabolismo del carbono uno mediado por el folato’ (FOCM) y de la vía de la transulfuración, mismos que están siendo utilizados como marcadores bioquímicos diagnósticos.

Acosta, Guzman, Sesarini, Pallia y Quiroz (2016) documentaron la existencia de alteraciones en los sistemas de neurotransmisores como la serotonina (5-HT) y el ácido gamma-amino-butírico (GABA), que causarían un desbalance neuroquímico excitatorio/inhibitorio con implicaciones en el neurodesarrollo. También alteraciones en hormonas como la vasopresina y la oxitocina, ambas con funciones en el comportamiento social y afectivo, y en los andrógenos, con una asociación entre los niveles de testosterona fetal y rasgos autistas, lo que dio origen a la subteoría de “perfil cognitivo masculino extremo” (o cerebro masculino extremo).

1.3.6 Hipótesis del Sistema Nervioso

El daño estructural, desde anomalías corticales y subcorticales aparentemente menores del encéfalo hasta lesiones mayores de los cuerpos geniculados, también ha sido propuesto como etiología del autismo.

Blackstock (1878) propuso con otros investigadores lo que se ha llamado la teoría de Disfunción Cerebral del Hemisferio izquierdo, fundamentada en las deficiencias en las habilidades y funciones atribuidas al hemisferio izquierdo, como el lenguaje, la comunicación y el uso de símbolos que presentan los pacientes con TEA. El hemisferio derecho, encargado de habilidades visoespaciales, está conservado en la mayoría de pacientes autistas, ambos hechos corroborados por De Fossé (1994) y Chiron (2005), quienes documentaron la correlación cerebral de funciones complejas como el lenguaje, el análisis sensorial o el proceso secuencial de la información y sus disfunciones en el paciente autista. Recientemente, Floris, Chura, Holt, Suckling, Bullmore, Baron-Cohen y Spencer, (2013) documentaron la existencia de asimetrías del cuerpo calloso en pacientes autistas, lo que refuerza la teoría de que al menos parte de la sintomatología relativa al lenguaje y la comprensión puede deberse a defectos de la conexión interhemisférica.

A partir de esta teoría surgió otra, denominada de la Alternancia Interhemisférica, que sugiere que los autistas codifican en forma diferente la entrada de información del lenguaje, por lo que el otro hemisferio le suple o sustituye para buscar un mejor rendimiento cognitivo.

Rapin (1999) presentó una revisión sobre diversas modalidades diagnósticas del sistema nervioso central, incluyendo series tomográficas, resonancias magnéticas, PET y neuroquímica, concluyendo que no puede establecerse la existencia de un daño específico en el cerebro del paciente autista.

Carbona (2000) reportó la demostración mediante tomografías computarizadas de una incidencia significativa de hipoplasia del vermis cerebeloso en pacientes con TEA, que pueden ser acompañados por una disminución del tamaño de las neuronas y aumento en el empaquetamiento de la corteza hipocámpica y en la amígdala temporal, así como una disminución en la población neuronal en la corteza cerebelosa.

Baron Cohen, Ring y Bullmore (2000) propusieron la teoría de la amígdala para el autismo, en referencia al cerebro social que a su vez contiene como parte fundamental a los núcleos amigdalinos. Utilizando modelos animales con lesión de la amígdala y mapeos con resonancia magnética, establecieron la asociación entre el daño a vías funcionales que involucran la amígdala y cambios profundos en la capacidad de interacción social.

Dichter (2012) documentó la existencia de anormalidades anatómicas y funcionales en el sistema nervioso central de pacientes con TEA, incluyendo conceptos de neuroimagen como defectos en la sincronía en la activación neuronal y el reclutamiento de regiones mesencefálicas.

Otras lesiones estructurales en los lóbulos frontales, el sistema límbico, el tálamo, el sistema reticular activador; el sistema dopaminérgico y las vías vestibulococleares han sido propuestos por diversos equipos de trabajo.

1.3.7 Hipótesis Neuropsicológica

Disciplinas integradoras relativamente nuevas como la neuropsicología, fundada por el psicólogo y neurólogo Alexander Romonovich Luria en 1977, define las funciones humanas mentales superiores como procesos reflejos complejos de origen social que son posibles gracias a su estructura y cuyo funcionamiento es consciente y voluntario.

El estudio de las relaciones existentes entre las funciones cerebrales, la estructura psíquica y la sistematización sociocognitiva en sus aspectos normales y patológicos, abarcando todos los periodos evolutivos de desarrollo, constituye el pilar interdisciplinario para la formación de futuros investigadores. (Mónica, Motta y Risueño, 2012).

Dos teorías neuropsicológicas se han enfocado a explicar el autismo: la primera es la teoría afectiva que propuso R. Peter Hobson, psicopatólogo del desarrollo, en 1986, se basa en las limitaciones de autistas para percibir y reconocer las emociones de los demás expresadas en sus manifestaciones corporales. Y la segunda, ya comentada, la teoría de la mente reelaborada por Baron Cohen. Tirapu-Ustárrroz, Pérez-Sayes, Erekatxo-Bilba y Pelegrín-Valero concluyeron en 2007 que las lesiones del hemisferio derecho producen alteraciones del uso pragmático del discurso, afectación del lenguaje no verbal, dificultad para comprender el sarcasmo o la ironía, dificultad para empatizar y, en general, a todas aquellas capacidades que impliquen inferencias o atribuciones.

La neuropsicología actual se refiere a las funciones cerebrales y a su relación con los procesos cognitivos, analizando el procesamiento de la información a través de tres unidades anatomofuncionales:

- 1) Unidad de Alerta y Atención, relacionada con procesos sensoriales y necesidades de supervivencia que a su vez se reflejan en necesidades sociales.
- 2) Unidad de Entrada Sensorial, relacionada con el ingreso y refinamiento de las entradas sensoriales, la memoria visual y el reconocimiento de rostros.

3) Unidad de Planeación y Salida, encargada de funciones ejecutivas que inician y modulan una respuesta conductual. Organiza secuencias motoras, interviene en la atención, en el control y en la regulación emocional.

Risueño y Motta conciben a la neuropsicología como la conjunción de ciencia, arte y técnica. En 2015 publicaron “Neuropsicología Dinámica del Desarrollo y Autismo”, enfocando su área de experiencia (la psicopedagogía) al TEA, definiendo el abordaje neuropsicológico como el estudio de las relaciones existentes entre las funciones cerebrales, la estructura psíquica y la sistematización sociocognitiva en sus aspectos normales y patológicos, abarcando todos los períodos evolutivos. El ser humano está en permanente proceso de autoeducación desde su nacimiento como entidad biopsicosocial, siendo el cerebro el órgano que lo posibilita. Sin embargo, el desarrollo del cerebro no es puramente determinado ni por lo genético ni por lo filogenético. Es un fenómeno vivencial en el que cada vivencia histórica marca para cada uno de nosotros caminos diferentes que hacen que respondamos de manera singular.

A partir de las primeras percepciones espacio visuales y audiotemporales conjuntadas con los primeros reflejos arcaicos se estructura la psicomotricidad y se asientan futuros aprendizajes: cabe preguntarse entonces, en el caso de los niños autistas, si son las prosopoagnosias (dificultades en el reconocimiento configuracional de los rostros) y las agnosias auditivo-verbales las que dificultan la comunicación social y el reconocimiento del otro como persona.

Cada teoría tiene en todas las corrientes psicológicas seguidores y detractores. Cada una aporta conocimiento y puntos de partida para la investigación sin que alguna de ellas pueda calificarse como predominante sobre las demás. Algunas han sido abandonadas dados los recientes avances científico-tecnológicos en el área de la salud. Es razonable, después de revisar las opiniones técnicas relacionadas al autismo, concluir que su etiología es multifactorial y que la comprensión de todos los fenómenos subyacentes al TEA resultará en la integración de actividades diagnósticas y terapéuticas modernas y efectivas.

1.4 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL TEA

Tal como se ha mencionado anteriormente, las observaciones clínicas de casi la totalidad de los autores sobre el autismo reconocen la existencia de tres características básicas: la Limitación en la interacción social, los Movimientos estereotipados y un Retraso del desarrollo. Se citarán dos enfoques que contienen, en una forma ordenada y estadificada, las características clínicas del niño autista, mismos que son empleados en diversos escenarios clínicos de la actualidad: la tríada de Wing, propuesta por Lorna Wing 1979 junto con Judith Gould, y las dimensiones de Riviere, propuestas en 1997 por el psicólogo cognitivo Ángel Riviere (Reus 2016).

1.4.1. TRIADA DE WING

Se trata de un complejo sindromático de tres anormalidades en el desarrollo infantil necesario para el diagnóstico del autismo:

1. Trastorno de reciprocidad social.
2. Trastorno de comunicación verbal y no verbal.
3. Ausencia de capacidad simbólica y conducta imaginativa.

Posteriormente añadió los patrones motores repetitivos y la espasticidad:



Figura 1. Esquema de la Triada de Wing y los signos asociados al Autismo. Reus, C. E. (2016). El Arteterapia en personas con Autismo. *Revista del Centro de Enseñanza Superior Alberta Gómez*, 5, 27-46.

No debe dejar de mencionarse que fue Wing quien en 1981 y tras una exhaustiva revisión clínica introdujo el uso de la expresión Síndrome o enfermedad de Asperger, reconociendo el peso y la validez de investigaciones anteriores: debe considerarse que los trabajos iniciales de Asperger no fueron bien recibidos en la comunidad científica de la época por haber sido publicados en alemán.

1.4.2 DIMENSIONES DE RIVIERE

Riviere desarrolló el Inventario del Espectro Autista (I.D.E.A) en el cual describe doce dimensiones de anomalías en el desarrollo infantil para definir el autismo, incluyendo 4 niveles de afectación en cada una.

Bloque I: Social

- 1) relación social.
- 2) capacidades de referencia conjunta (acción, atención y preocupación conjuntas).
- 3) capacidades intersubjetivas y mentalistas.

Bloque II: Comunicación y Lenguaje

- 4) funciones comunicativas.
- 5) lenguaje expresivo.
- 6) lenguaje receptivo.

Bloque III: Anticipación y flexibilidad

- 7) competencias de anticipación.
- 8) flexibilidad mental y comportamental.
- 9) sentido de la actividad propia.

Bloque IV: Simbolización

- 10) imaginación y de las capacidades de ficción.
- 11) imitación.
- 12) suspensión (capacidad de hacer significantes).

Estos cuatro bloques de tres se corresponden con los cuatro apartados de Wing, cuestión importante y demostrativa de la importancia de la tríada:

Tabla 1.

Comparativo entre la Tríada de Wing y el IDEA de Riviére.

TRIADA DE WING	IDEA
Trastorno de reciprocidad social	Trastorno cualitativo de la relación social.
	Trastorno de las capacidades de referencia conjunta.
	Trastorno de las capacidades intersubjetivas y mentalistas.
Trastorno de comunicación verbal y no verbal	Trastorno de las funciones comunicativas.
	Trastorno cualitativo del lenguaje expresivo.
	Trastorno cualitativo del lenguaje receptivo.
Patrones repetitivos de actividad e intereses	Trastorno de las competencias de anticipación.
	Trastorno de la flexibilidad mental y conductual.
	Trastorno del sentido de la actividad propia.
Ausencia de capacidad simbólica y conducta imaginativa	Trastorno de la imaginación y de las capacidades de ficción.
	Trastorno de la imitación.
	Trastornos de la suspensión.

Comparación de las categorías y subcategorías clínicas propuestas por Wing y Riviére. Reus, C. E. (2016). El Arteterapia en personas con Autismo. *Revista del Centro de Enseñanza Superior Alberta Gómez*, 5, 27-46.

Esta sintomatología básica puede ir acompañada de otros trastornos:

- Deficiencia mental.
- Hiperactividad (infancia) o Hipoactividad (adolescencia y edad adulta).
- Baja tolerancia a la frustración.
- Autoagresividad.
- Alteraciones del sueño.
- Dificultades motoras incluyendo estereotipias.
- Crisis epilépticas.

Natacha Akshoomoff, psicobióloga del departamento de Psiquiatría de la Universidad de California, describió en 2006 los rasgos clínicos más frecuentes del paciente autista enfatizando en la edad de sospecha clínica:

1. En los primeros meses de vida: el niño puede mostrarse irritable o excesivamente quieto, con dificultades para las transiciones del desarrollo:
 - Trastornos del tono muscular por hipotonía.
 - Hiporreflexia.
 - Primeros movimientos estereotipados que no desaparecen.
 - Anormalidades inespecíficas en el electroencefalograma.

2. En la infancia temprana: el niño autista se vuelve en general más reactivo a su entorno, pero inicia con retraso del lenguaje del tipo receptivo/expresivo:
 - Dificultad para integrarse con niños de su edad y seguir directrices.
 - Limitación para el juego simbólico.
 - Interacción social limitada.
 - Trastornos del sueño.
 - Selectividad por ciertos alimentos.
 - Irritabilidad.

3. En la infancia media: etapa en la cual hasta una tercera parte de los niños aun no diagnosticados como autistas mejoran su lenguaje dentro de limitaciones en:
 - Comprensión de contenidos profundos del lenguaje.
 - Conceptos de humor, sarcasmo, lógica e inferencias.
 - Interacción familiar y social.
 - Estereotipias motoras.
 - Retrasos globales del desarrollo en diversos grados.

González (2006) describe, desde dos perspectivas analíticas, las coincidencias que la gran mayoría de los autores sobre el autismo exponen como rasgos clínicos característicos y que son los mismos que han descritos en este capítulo. Sin embargo, dadas las complejidades clínicas del autismo, Vázquez (2017) propuso en su tesis de licenciatura un taller sobre los TEA dirigido al equipo multidisciplinario de una fundación médico-odontológica. Propone la sensibilización de psicólogos,

médicos, odontólogos y otros profesionales de la salud mediante su participación en actividades educativas apoyadas en medios audiovisuales y actividades vivenciales.

Son notorias las opiniones comunes de todos los autores respecto a las características que definen el núcleo del autismo, mismas que si bien son diversas en cada paciente, permanecen justamente como criterios clínicos específicos para los TEA: los trastornos de la socialización, del lenguaje y las anormalidades sensoriomotrices.

1.5 DETECCIÓN TEMPRANA Y DIAGNÓSTICO DEL TEA

Al no existir una prueba bioquímica, de imagen o neurofisiológica que por sí misma diagnostique al paciente portador de un TEA, su diagnóstico sigue siendo primordialmente clínico. El contacto temprano del paciente distinguirá claramente los distintos estados y grado de afectación que presenta, lo que a su vez permitirá tratar las diferentes alteraciones.

1.5.1 DETECCIÓN TEMPRANA DEL TEA

La detección temprana permite al terapeuta promover una atención individualizada antes de que el trastorno haya conducido al niño a un grado de discapacidad del que sea poco probable extraerlo. Los profesionales de la salud, los educadores y los padres deben mantenerse informados sobre una serie de señales de alarma que hacen recomendable una valoración profesional del desarrollo del niño: el aislamiento social, los movimientos estereotipados y las alteraciones del lenguaje entre ellas. Igualmente, debe informarse al público en general que estos factores de forma aislada no implican que el niño tenga un TEA: son alertas para favorecer la pronta referencia a una evaluación especializada.

- Wetherby, Woods, Nottke, Stronach, Dow y McCoy (2004) propusieron un sistema de detección de signos de alarma mediante la aplicación de banderas rojas clasificadas en cuatro categorías:
 - Interacción social Recíproca.
 - Gestos no convencionales.
 - Sonidos y palabras no convencionales.
 - Conductas repetitivas e intereses restrictivos.

En 2016 y ante los cambios propuestos por el DSM 5, propusieron un instrumento de detección igualmente basado en banderas rojas llamado Systematic Observation of Red Flags of Autism Spectrum Disorder (SORF), que sistematiza los datos de alarma del TEA mediante veintidós datos clínicos en dos grandes dominios: las anomalías en la comunicación e interacción social y los Patrones Restringidos o repetitivos de Conducta, intereses o actividades (anexo 1).

- Camarata (2014) realizó una extensa revisión sobre las recomendaciones para la detección temprana del autismo, enfatizando en que la Asociación Americana de Pediatría estableció en 2012 la necesidad de realizar un tamiz universal de autismo a los 24 meses de edad de los niños, tengan o no sintomatología típica de TEA.
- Baron-Cohen y Bolton (1993) precisan la integración de un diagnóstico temprano de autismo al observar la presencia de tres signos clave:
 1. Las relaciones sociales y el desarrollo social del niño son anormales.
 2. el niño no logra desarrollar una comunicación normal.
 3. los intereses y actividades del niño son limitados y repetitivos, en lugar de flexibles e imaginativos.

El instrumento que diseñaron es hoy uno de los más ampliamente utilizados, el Inventario de Autismo para niños, CHAT, validado tres años después y basado en la exploración de tres áreas: el gesto protodeclarativo, el seguimiento de la mirada y el juego simulado. Es importante reconocer la coincidencia de sus criterios con la tríada de Wing. Un segundo aspecto relevante de estos criterios es que una de las principales características del autismo guarda relación con el lenguaje; en consecuencia, el diagnóstico es mucho más directo cuando el desarrollo del paciente bajo sospecha clínica permite una evaluación completa del lenguaje.

- Filipek et al. (1999) como parte del Panel de Consenso de la Sociedad de Neurología Infantil y la Academia Americana de Neurología, proponen la existencia de cuatro signos de alarma relacionados con el autismo, enfocándose a niños menores de dos años de edad:
 - Ausencia de balbuceo y gesticulación a los 12 meses de edad.
 - Ausencia de capacidad para articular palabras completas a los 16 meses.
 - Ausencia de capacidad para articular enunciados espontáneos de dos palabras a los 24 meses.

- Dificultades para la expresión verbal y no verbal y habilidades sociales a cualquier edad.
- Ehlers, Gillberg y Wing (1999) diseñaron un instrumento llamado el Cuestionario de Tamizaje para el Autismo, que consta de 27 categorías que deben ser evaluadas por los padres del paciente. Evalúa la interacción social, la comunicación verbal, los movimientos repetitivos y otros síntomas asociados. Está dirigido a pacientes altamente funcionales.
- Cox, Klein, Charman, Baird, Baron-Cohen, Swettenham, Drew y Wheelwright, S. (1999) demostraron la efectividad de aplicar la Entrevista Diagnóstica del Autismo (ADIR) en pacientes entre los 20 y 42 meses de edad
- Y, profundizando en el uso sistemático de herramientas de detección, Baird, Charman y Baron-Cohen (2000) publicaron su experiencia con un acumulado de 6 años aplicando el CHAT, concluyendo que el seguimiento a un mismo paciente en diferentes edades es fundamental para mejorar la detección de conductas asociadas con los TEA

Robins (2008) propone la aplicación de diversas pruebas para el paciente bajo sospecha de TEA, igualmente iniciando con entrevistas a los padres cuyo contenido permitirá identificar los riesgos específicos de cada paciente. Entre las evaluaciones clínicas que propone están la escala Mullen de aprendizaje temprano, la escala Vineland de conducta adaptativa y la Entrevista Diagnóstica de autismo (ADIR) de Rutter.

Sánchez (2012) presentó su tesis de posgrado en neurología pediátrica por la UNAM basada en la aplicación del CHAT (checklist for autism in toddlers) para la detección temprana del autismo, instrumento elegido por su amplia aceptación aunque aclara que para esa fecha no existía una validación clínica del mismo para el idioma español.

Y desde el punto de vista de la psiquiatría infantil y de la adolescencia, Martín (2015) cita la importancia de aplicar instrumentos diagnósticos con la mayor base de evidencia y un adecuado balance entre su sensibilidad y especificidad, añadiendo que los más utilizados en materia de investigación son el ADIR en su versión revisada (ADIR-R) y el ADOS (Lista de Observación Diagnóstica para e Autismo). En el mismo terreno, Ordaz (2016) presentó su tesis de posgrado sugiriendo la evaluación de signos de sospecha de TEA en al menos dos momentos del desarrollo, utilizando como instrumento el ADIR.

1.5.2 DIAGNÓSTICO DEL TEA

El diagnóstico del niño con sospecha de TEA incluye la observación clínica, la aplicación de instrumentos específicos disponibles para diferentes edades y condiciones, y la complementación con estudios bioquímicos y neurológicos para cada caso.

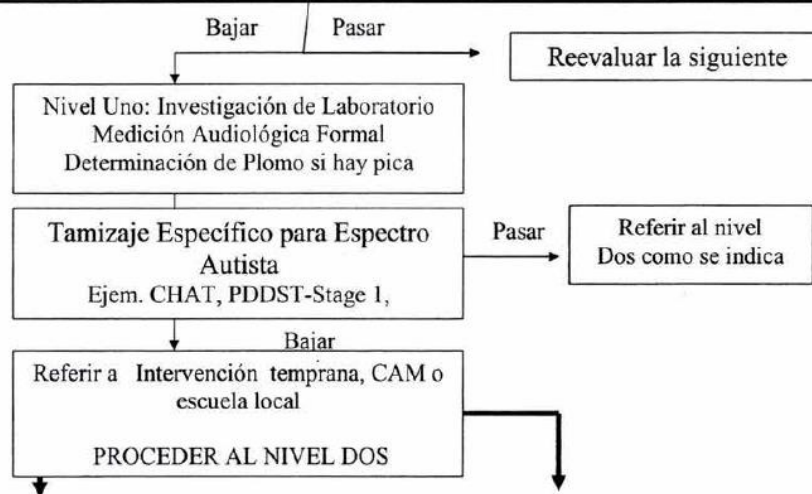
Baron-Cohen y Bolton (1993) documentaron la importancia de realizar diversas observaciones diagnósticas del niño bajo sospecha clínica en el hogar y en la escuela, durante el juego y en situaciones en las que debiera tener lugar una comunicación e interacción sociales naturales. Posteriormente, Auyeung, Baron-Cohen, Wheelwright y Allison (2009) propusieron el inventario conocido como “Cociente de Empatía / Sistematización (versión para Niños)”, que consta de 55 preguntas, 27 de ellas corresponden al Cociente de Empatía (versión para Niños) (EQC) y 28 al Cociente de Sistematización (versión para Niños) (SQC), siendo el rango de puntuación del primer cuestionario 0–54 y el del segundo 0–56. Los autores no presentaron puntuaciones específicas para diagnosticar autismo, pero sí para iniciar un protocolo diagnóstico profundo a partir de dos categorías (niño típico y niño con TEA) con diferencias por género. Es importante reiterar que no se trata de herramientas diagnósticas directas, pero sí de formas de detectar conductas que pueden ser signos tempranos de algún tipo de TEA.

Otros instrumentos que permiten obtener datos clínicos organizados son:

- La aplicación de la clasificación de trastornos médicos realizada por la Organización Mundial de la Salud, la Clasificación Internacional de Enfermedades-10 (CIE-10); este manual requiere que los tres síntomas mencionados en el anterior párrafo estén presentes hacia los 36 meses de edad; además, el DSM-5, nos aporta una serie de criterios como punto de referencia para la detección de las necesidades de los posibles portadores de TEA.
- El I.D.E.A (Inventario de Espectro Autista), descrito anteriormente, cuya aplicación clínica ofrece la posibilidad de hacer una detección temprana, aportando un análisis de todas las capacidades y/o habilidades que pueden verse afectadas dentro de cada dimensión
- El siguiente algoritmo diagnóstico de Pauline A. Filipek y colaboradores (1999), dividido en niveles:

NIVEL UNO: Identificación del desarrollo atípico
 Para proveedores de vigilancia rutinaria de desarrollo infantil
 ejem., PEDS, ASQ, CDIs, Brigance y Sondeo Específico del Desarrollo

Indicaciones absolutas para Evaluación inmediata:
 No balbucea a los 12 meses
 No señala o hace otro gesto a los 12 meses
 No expresa palabras con significado a los 16 meses
 No expresa espontáneamente 2 palabras (no ecolalia) Frases a los 2 años de vida
 Cualquier pérdida de Lenguaje o Habilidad Social en cualquier edad
NO SONRIE O VOCALIZA EN RESPUESTA A LA MADRE



NIVEL DOS; Diferenciación del espectro autista de otras desviaciones del desarrollo

Procedimiento Formal de Diagnóstico:
 Instrumentos de Intervención: GARS, PIA, PDDST-Stage 3, ADI-R
 Instrumentos de Observación: CARS, STAT, ADOS-G
 Diagnóstico Clínico: ICD10 (Invest), DSM-IV

EVALUACIÓN MÉDICA Y NEUROLOGICA AMPLIADA,
 PERFILES CONDUCTUALES ESPECIFICOS:
 Lenguaje-Hablado-Comunicación, Conocimiento y Conducta Adaptativa,
 Terapia Ocupacional, Evaluación de los Recursos Familiares,
 Neuropsicológicos, Conductuales y Evaluación Académica

Indicación de laboratorio Solo Si se Indica (ver texto):
 Metabolismo y Test Genético, Electrofisiológico, Neuroimagen

Figura 2. Algoritmo Diagnóstico para pacientes bajo sospecha de TEA. Filipek, P. A., Accardo, P.J., Baranek, G.T., Cook, E. H., Dawson, G., Gordon, B., Gravel, J. S., Johnson, C. P., Kallen, R.J, Levy, S. E., Minshew, N. J., Prizant, B. M., Rapin, I., Rogers, S. J., Stone, W. L., Teplin, S., Tuchman, R. S. & Volkmar, F. R. (1999) The Screening and Diagnosis of Autistic Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 29, (6), 439-484.

Rapin (2008) enfatiza en la detección de rasgos clínicos agrupados en tres categorías (alteraciones en la socialización y la empatía; conductas motoras invariables y estereotipias; y alteraciones en la

comunicación el lenguaje y el juego imaginativo), hallazgos ante los cuales debe completarse el estudio del paciente con sospecha de TEA mediante:

- Exámenes neurobiológicos basados en expresión de genes y cromosomas de riesgo.
- Exámenes inmunológicos para medir la actividad linfocitaria a nivel cerebral.
- Exámenes de imagen mediante resonancia magnética craneal.
- Exámenes neurofisiológicos con énfasis en electroencefalograma y potenciales evocados.

Para los niños mayores de 4 años de edad, Rutter (2003) diseñó el Cuestionario de Comunicación Social (SCQ), que al igual que otros instrumentos está orientado a detectar conductas que son muy raras en niños normales. Tiene dos variantes, una dirigida a la historia vital total del paciente bajo sospecha de TEA y otra para la evaluación de sus características clínicas actuales, agrupadas en un total de cuarenta reactivos que deben responder los padres del paciente.

Montero (2009) presentó su tesis de licenciatura por la Facultad de Psicología de la UNAM en el formato de reporte laboral basado en los esquemas diagnósticos de pacientes con probable TEA en el servicio de Psicodiagnóstico de Terapia Ambiental en un hospital psiquiátrico infantil público. En ella documenta la importancia de la integración de un equipo multidisciplinario para mejorar la detección de signos de alarma, además de reiterar el uso de las banderas rojas para sospecha de autismo. Describe además las acciones implementadas en el contexto hospitalario para los niños referidos bajo sospecha de TEA:

1. Entrevista con los padres del paciente.
2. Observación clínica del paciente en consultorio.
3. Observación clínica del paciente en espacio abierto.
4. Informe de los profesores del paciente.

Y, dentro de las acciones diagnósticas para pacientes con signos de alarma, incluyó:

- La aplicación del algoritmo de Filipek.
- La valoración del desarrollo mediante la Escala Vineland de Conducta Adaptativa.
- La valoración de los procesos cognitivos mediante diversos instrumentos incluyendo Bender y Stanford-Vinet de acuerdo a cada paciente.
- El perfil clínico autista mediante diversas pruebas incluyendo la de Ehlers y Wing.

- La evaluación médica sistémica y neurológica en específico.

Flores (2016) presentó su tesis de posgrado en la especialidad de psiquiatría infantil y de la adolescencia por la Facultad de Medicina de la UNAM, basada en la validación de la versión mexicana del Childhood Autism Rate Scale (CARS), un instrumento diseñado en 1971 como método de tamizaje. Concluye que su aplicación es válida y puede por lo tanto ser aplicada en forma rutinaria.

Muchos grupos de trabajo destacan la necesidad de establecer detecciones y diagnósticos tempranos para el paciente con TEA:

- Matson, Wilkins y González (2008) presentaron una extensa revisión sobre la importancia de aplicación de instrumentos de detección en formato de seguimiento, es decir, no por única vez, para niños con factores de riesgo.
- Bradshaw, Mossman, Gengoux y Kern (2015) confirmaron una mejoría en la comunicación verbal y no verbal, así como la socialización, con intervenciones tempranas basadas a su vez en un diagnóstico antes de los dos años de vida del paciente.
- Towle y Patrick (2016) concluyeron, después de analizar la eficacia clínica de diversos instrumentos de detección temprana para el TEA que su valor radica en la adecuada aplicación respecto al tipo de autismo y edad del paciente para obtener información objetiva sobre el niño con sospecha de TEA e insertarlo en un programa terapéutico temprano.

Siempre será importante que se realice una detección temprana para iniciar el tratamiento más temprano posible en pacientes con sospecha de TEA. Existen numerosos instrumentos que pueden ser aplicados desde edades tempranas, incluso algunos ya están validados para su uso clínico en nuestro idioma. Si bien es cierto que el diagnóstico no va a cambiar, sí mejoraremos la calidad de vida del paciente si trabajamos oportunamente sobre las habilidades que no ha desarrollado o en aquellas que mejorarán mediante el apoyo y seguimiento correctos.

1.5.3 DEMORA EN EL DIAGNÓSTICO

Orellana (2012) propone una clasificación de las razones que dificultan la detección temprana del autista:

- El carácter evolutivo de la enfermedad, que puede por sí mismo retrasar la aparición de síntomas hasta más allá de los dos años de vida del niño.
- Dificultad para entender algunos de los rasgos clínicos del autista.
- Ausencia de referencias normativas precisas en un contexto clínico abundante en propuestas de clasificación y estrategias.

Mossman, Goldsmith, Snow y Chawarska (2012) describieron los factores de retraso para el diagnóstico del paciente con TEA, que incluyen:

- La aplicación tamizajes inadecuados y la ausencia de tamizajes.
- Falta de información de los padres en relación al cuadro clínico del autismo.
- Inicio tardío de acciones de diagnóstico médico y psicológico.
- Insuficiencia de servicios especializados.

Zavaleta (2017) documentó en su tesis de maestría en ciencias de la salud por la UNAM las rutas de búsqueda y los factores de retraso en el diagnóstico. Enfatiza en la definición de trayectoria de búsqueda de atención a la secuencia de contactos sociales que realiza una persona para resolver sus problemas de salud, que en el caso del autismo es sumamente compleja dada la misma complejidad clínica de los TEA. Destaca igualmente que la búsqueda de atención en su población fue desencadenada por la preocupación de los padres del niño ante las anomalías del desarrollo y en segundo lugar por referencia de profesores de los niños. Por último, detecta la edad en que se visita al médico por primera vez alrededor de los 29 meses de edad, mientras que el diagnóstico de TEA se estableció a los 41.5 meses.

Es necesario considerar que el autismo suele confundirse con otros trastornos, ya que las dificultades existentes en el área social, de atención y de lenguaje son alteraciones presentes en Trastornos de la Actividad y la Atención o del Lenguaje y otras patologías neurológicas diversas, desde secuelas de parálisis cerebral infantil hasta meningitis bacterial. Por esta razón, es muy importante instalar una intervención correcta y eficaz mediante la acción coordinada del equipo multidisciplinario de salud y los padres.

Puede concluirse que no existe un protocolo universal de detección y diagnóstico de los TEA, sin embargo, es crucial para el desarrollo del niño la vigilancia de los datos críticos y en su caso la referencia al servicio médico y psicológico especializado.

CAPITULO 2 – ARTETERAPIA

2.1 DEFINICIÓN DE LA ARTETERAPIA

La arteterapia es una práctica terapéutica en la que el paciente puede comunicarse y reflexionar por medio de materiales artísticos. Esta práctica permite explorar sentimientos, actitudes, fantasías y algunos recuerdos; las imágenes creadas en un entorno seguro y bajo la guía de un arteterapeuta posibilitan la expresión, exploración y resolución de emociones conflictivas (Marxen, 2011).

Dalley definió en 1987 (Arzazola, 2014) la arteterapia como el uso del arte en un contexto terapéutico, siendo los elementos más importantes la persona y el proceso y en el cual el arte se utilizaría como un medio de comunicación no verbal. Propuso los objetivos que se consideran necesarios para toda terapia artística:

- El resultado de la creación artística no trata solamente sobre lo representado sino sobre cómo se hizo y cómo se interpreta.
- El cuadro arteterapéutico brinda aproximaciones de la relación entre el creador y la persona a quien dirige el resultado del proceso creativo.
- La creación arteterapéutica puede recrear eventos y emociones pasadas.
- La arteterapia permite realizar una representación pictórica en un entorno seguro de aquello que resulta atemorizante a quien emprende el proceso creativo.
- El proceso arteterapéutico permite al sujeto realizar simbólicamente actos que en otros contextos estarían prohibidos, lo cual brindará conocimiento sobre su interioridad.
- La expresión aparentemente irracional de la obra arteterapéutica mantiene sano al individuo.
- Muchos elementos de la creación arteterapéutica resultan metafóricos no sólo de lo que es sino de lo podría ser.

Taverne (1988) la redefine como un placer y a la vez como un juego en el cual se experimenta con sensaciones y emociones generadas en la persona a partir del material que ha creado.

Shaverien, psicoanalista junguiana y también pintora, describió en 1989 el Triángulo Terapéutico para diferenciar entre conceptos como arteterapia, psicoterapia por el arte y psicoterapia analítica por el arte, dadas las coincidencias que definen a los tres términos:

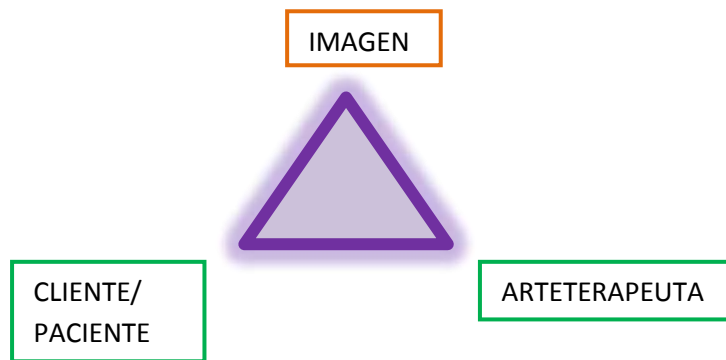


Figura 3. El triángulo terapéutico de Shaverien. Klein, J. P. (2006). La creación como proceso de transformación. *Arteterapia, Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 1, 11-18.

Jean-Pierre Klein (en Sánchez Pérez 2015) también considera a la creación artística como el mediador entre el terapeuta y el paciente dentro de una relación triangular:

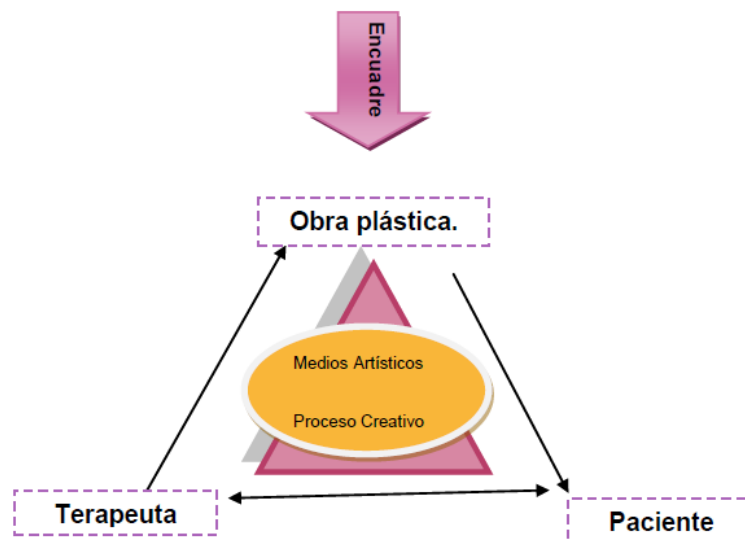


Figura 4. El triángulo terapéutico modificado de Klein. Klein, J. P. (2006). La creación como proceso de transformación. *Arteterapia, Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 1, 11-18.

Es también el encuentro entre dos proyectos, uno artístico y el otro terapéutico. Se trata de un acompañamiento a personas con dificultades sociales, psicológicas, físicas, educativas, existenciales, a través de sus producciones artísticas de tal manera que el trabajo realizado a partir de sus creaciones genere un proceso de transformación de sí misma y le ayude a integrarse en sus grupos de referencia social, de una manera crítica y creativa (Klein, 2006).

Es importante conocer también las definiciones de arteterapia que los propios colegios y sociedades de diversos países han elaborado como parte de sus documentos base:

- Para la Asociación de Arteterapeutas de México AC (ASAM, 2017); es “una disciplina que utiliza el arte dentro de un contexto terapéutico. Su principal objetivo es promover en la persona sus capacidades creativas como un medio para enfrentar sus conflictos. Se trabaja con la individualidad de cada persona y el trabajo que se realiza no se basa en su valor estético sino en el desarrollo del proceso creativo. Se lleva a cabo tanto en sesiones individuales como en grupos. La actividad profesional se apoya, por una parte, en el conocimiento y la práctica de las artes y, por otra, en el estudio del desarrollo humano y de las teorías psicológicas.
- De acuerdo a la Asociación Americana de Arteterapia (AATA, 2013), es “el empleo terapéutico del arte dentro de una relación profesional, orientado hacia personas que han sufrido enfermedades, traumas o desafíos en la vida y por personas que buscan su desarrollo. Creando arte y reflejándose en él y sus procesos y productos, pueden mejorar su autopercepción y la percepción de los otros, además de resolver algunos síntomas, estrés y experiencias traumáticas; mejorar sus habilidades cognitivas y disfrutar de los placeres vivificantes de hacer arte”.
- Para la Asociación Canadiense de Arteterapia (CATA, 2008) “una forma de psicoterapia que permite la expresión emocional y la salud a través de medios no verbales. Los niños, a diferencia de los adultos, no pueden expresarse fácilmente mediante el lenguaje oral o escrito, mientras que los adultos pueden usar palabras para intelectualizar y alejarse temporalmente de sus síntomas. La Arteterapia les permite a ambos romper estas barreras a través del uso de materiales simples”.
- Para la Asociación Británica de Arteterapia (BAAT, 2003) es “el empleo de materiales artísticos para la autoexpresión y reflexión en la presencia de un arteterapeuta certificado. No se requiere para ello de experiencia o habilidades previas relacionadas al arte, mientras que el arteterapeuta no busca una evaluación estética o diagnóstica del trabajo del paciente. El objetivo general de los profesionales del arteterapia es la de guiar al paciente hacia el cambio y desarrollo personales a través de usar materiales artísticos en un entorno seguro y facilitador”.

- Para Malchiodi (2013) “arteterapia es la aplicación de las artes visuales y el proceso creativo dentro de una relación terapéutica para dar apoyo, mantener y mejorar la salud psicosocial, física, cognitiva y espiritual de individuos de todas las edades. Es además una disciplina de apoyo a la salud que impacta positivamente sobre la calidad de vida”.

Puede observarse que todas las definiciones mencionadas incluyen el potencial sanador de la actividad artística por encima del valor estético de la creación del paciente, además de mencionar la profesionalización del arteterapeuta. Por lo tanto y en términos concretos, Arteterapia significa la aplicación de terapia a través del arte (Philippini, 2004). Se trata de un campo profesional nuevo, de carácter multiteórico y multiprofesional cuyo amplio alcance sigue estudiándose en diversos ámbitos clínicos.

2.2 SURGIMIENTO Y EVOLUCIÓN DE LA ARTETERAPIA

Si bien los efectos sanadores y expresivos del arte son conocidos desde la prehistoria, el comienzo más identificable de lo que hoy conocemos como arteterapia se remonta a 1803, con Johann Reil (en Ellenberger 1994), psiquiatra alemán quien se interesó por la relación entre el arte, el proceso creativo y la mejoría de sus pacientes.

Elinor Ulman (1974), quien se considera la tercera pionera en el tema, nos habla de estos dos enfoques diferentes, donde por un lado Naumburg desde la perspectiva de la psicología considera que se pueden realizar interpretaciones desde el trabajo espontáneo del paciente o desde el punto de vista del arte, donde Kramer asegura que el proceso creativo es más importante que el resultado, ya que los conflictos pueden a través de él ser reexperimentados y resueltos.

Posteriormente, Sigmund Freud y Carl Jung percibieron la importancia del proceso creativo general como un mecanismo del cambio interno en sus pacientes. Freud, el creador de los conceptos psicoanalíticos del inconsciente y las asociaciones libres, reconoció en las expresiones simbólicas de sus pacientes un reflejo de sus conflictos más profundos (Edwards 2004). Jung, considerado uno de los padres teóricos de la arteterapia, desarrolló una teoría sobre el papel de la expresión simbólica en su versión del psicoanálisis llamada psicología analítica. Propuso también el concepto de Imaginación Activa para describir el compromiso de sus pacientes con su imaginación a través de la realización de actividades artísticas espontáneas que mejoren su relación con el terapeuta. Jung

afirmó que “en ocasiones, las manos saben cómo resolver un problema que el intelecto no ha logrado resolver” (Jung, 1997).

En 1921, Morgenthaler publicó en Suiza el caso de un paciente psiquiátrico internado por pedofilia y demencia paranoide; examinó sus dibujos, collages, escritos y música concentrándose específicamente en la creación (Marxen, 2011).

En 1922, el psiquiatra e historiador del arte Prinzhorn, interesado por las capacidades de los enfermos mentales de crear arte visual, reunió una serie de trabajos artísticos que realizaron internos de un asilo para dementes, archivo al que llamó la colección Heildeberg. En forma similar, el artista Jean Dubuffer inició sus colecciones de “arte bruto”, el arte de los dementes, interesado en el potencial expresivo y terapéutico del arte (Edwards, 2004).

Los artistas visuales, Adrian Hill y Edith Kramer (1942), por razones de salud fueron puestos en contacto con contextos hospitalarios y clínicos, en estos contextos comenzaron a trabajar una forma de creación artística gráfica con la idea de comprobar su uso terapéutico, sin analizar las imágenes sino demostrando que por medio de ellas se vivía un proceso relajante y catalizador de emociones. Es importante mencionar que Hill se encontraba en aquella época hospitalizado, recuperándose de una agudización de tuberculosis y fue él quien, una vez invitado a dar clases de dibujo en hospitales y sanatorios, acuñó el término de arteterapia.

Una vez corroborado el potencial educativo y terapéutico de la arteterapia, comenzó a desarrollarse en Estados Unidos y en el Reino Unido como una herramienta complementaria de las intervenciones clínicas y pedagógicas que realizaban profesionales con pacientes y alumnos en las áreas de psicología, asistencia social y educación. Por ejemplo, desde una formación de artista y profesora de arte, Kramer, de Austria, aseguraba en 1951 que la actividad artística ya posee por naturaleza su utilidad y sus efectos terapéuticos; concepto conocido como “el arte como terapia”. Para Kramer se puede estimular, despertar y ampliar la capacidad sublimatoria de los pacientes y así transformar una pulsión agresiva en un proceso creativo. Incursionando como artista, profesora y terapeuta, “encontró formas para hacer del arte una experiencia viviente, una profunda fuerza civilizante” (Ulman, 2001).

La integración de las primeras asociaciones de arteterapia formales, la británica en 1964 y la norteamericana en 1969, marcó el arranque de su etapa moderna.

En los tardíos años setentas, el desarrollo de la arteterapia se aceleró gracias a dos fuentes: la psicoterapia analítica y la educación artística. Margaret Naumburg fue la primera profesional procedente del campo de la psicología, la psiquiatría y la psicoterapia psicoanalítica en hablar de arteterapia, ella afirmaba que la arteterapia es una técnica que se puede aplicar a personas de todas las edades con diferentes patologías; además de lograr mejores manifestaciones de la ansiedad, sentimientos de culpa, la represión, la proyección y la sublimación. Naumburg insiste en que el trabajo artístico acelera el proceso terapéutico ya que estas expresiones cruzan más fácilmente la censura y se llega al inconsciente (Marxen, 2001). Y Schaverien (2000) discrimina dos tipos de imágenes en la creación de los pacientes: *la diagramática* que cuenta algo al terapeuta y se puede traducir a lo verbal y muchas veces de forma consiente; y *la personificada* que transmite un estado emocional que difícilmente se expresa con palabras.

Para Naumburg el arteterapeuta NO interpreta las obras de sus pacientes, sino que los anima a descubrirlas y a leerlas a través de la libre asociación de aspectos y mecanismos de su vida afectiva (Marxen, 2011). El mismo concepto es expuesto por Osborne (2003), quien resalta la importancia de la interacción entre el arteterapeuta, el paciente y el espacio terapéutico.

La arteterapia se ha desarrollado en los últimos cincuenta años como una intervención psicoterapéutica nutrida del arte, la psicología, la psiquiatría y recientemente las neurociencias (Malchiodi, Kim y Choy, 2003). En Inglaterra, Norteamérica y México se denomina arteterapia a las formas visuales del arte, mientras que en Europa se incluyen otras formas de expresión no verbal como la danzaterapia y la musicoterapia. Schweizer, Knorth y Spreen (2014) encontraron que la mayoría de los arteterapeutas provienen de seis campos de experiencia: la psicología del desarrollo temprano, la psicología centrada en el cliente, la psicoterapia del arte, la terapia de juego, la psicología junguiana y la educación artística.

2.3 FUNDAMENTOS DE LA ARTETERAPIA

Durante la evolución de la arteterapia desde sus orígenes hasta su separación como campo de especialidad de la psicoterapia, figuras intelectuales de la psicología y la psiquiatría han aportado lo que desde su punto de vista son sus fundamentos.

Rojas y Sternbach (1997) afirman que la posibilidad de simbolizar a través del arte entre otros medios va ligada a la resignificación de la propia historia. Sanders (2013) también concibe a la actividad artística como un medio de expresión de deseos y sublimación en la que el creador presenta aspectos de su vida psíquica camuflados en la forma estética, cambiando de identidad los personajes, las características, etc.

Siguiendo esta línea de pensamiento, Arriola y Valencia (2013) afirman que las etapas más tempranas del desarrollo del dibujo forman un período importante de experimentación imaginativa que ayuda al desarrollo de un mecanismo para comprender las complejidades de representación de la experiencia necesaria a través del desarrollo de los sistemas simbólicos y la expresión de experiencias internas abstractas y de más complejidad.

2.3.1 EL NIÑO DE 6 A 10 AÑOS: DESARROLLO COGNITIVO Y MADURACIÓN

Jean Piaget, psicólogo y biólogo suizo, elaboró en 1959 su obra “La formación del símbolo en el niño”, en la que propone que a partir del dibujo, el niño desarrolla un proceso de simbolización imprescindible para su evolución intelectual. Para él las manifestaciones plásticas infantiles son un producto de la necesidad expresiva y de la necesidad de simbolización del niño, que contribuyen a su desarrollo intelectual junto con el desarrollo del lenguaje. Lenguaje y dibujo constituyen lo que Piaget denomina “la función simbólica” (Sánchez 2015). De acuerdo a su propuesta de etapas del desarrollo cognitivo, el niño cambia alrededor de los 7 años hacia una maduración que le permite realizar actividades lógicas, identificando plenamente las secuencias temporales y conceptos físicos abstractos.

Desde el punto de vista freudiano, el niño de 6 años se encuentra en una cuarta etapa de maduración que denominó como de latencia, caracterizada por la transición física y psicológica que lo preparará para los cambios psicosexuales de la pubertad; mientras que desde el punto de vista psicosocial, Erikson ubica al niño de 6 años en una etapa de crisis definitoria en términos de éxitos o fracasos ante los retos, en la cual el niño tendrá la oportunidad de integrarse a sus pares a través de actividades de grupo y competencia.

Tabla 2.

Comparativo del desarrollo del Niño de 6 a 10 años de acuerdo a tres teorías psicológicas.

EL DESARROLLO DEL NIÑO DE 6 A 10 AÑOS		
PIAGET	FREUD	ERIKSON
Comportamiento biológico	Psicoanálisis con enfoque psicosexual	Psicoanálisis con enfoque psicosocial
5 a 6 años: Etapa del Pensamiento intuitivo	3 a 6 años: Etapa Fálica	3-6 años: Etapa de Iniciativa versus Culpabilidad
7 a 11 años: Etapa de las Operaciones Concretas	6 años a la pubertad: etapa de Latencia	6 a 12 años: Etapa de industriiosidad versus inferioridad

Comparativo de las principales características del desarrollo infantil de acuerdo a Piaget, Freud y Erikson. Sánchez, P. I. (2015). Tesina de licenciatura inédita. La arteterapia como alternativa en el manejo de las emociones en los niños. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Partiendo de estas teorías es que sabemos que los niños entre los 6 y los 10 años están inmersos en una etapa de cambios físicos y cognitivos acelerados y complejos, mismos que repercuten en funciones cognitivas básicas para definir su comportamiento en la etapa adulta y que pueden ser evaluadas, entre otras escalas y herramientas, a través de su expresión pictórica y artística.

2.3.2 EL DIBUJO EN EL NIÑO NORMAL

Lowenfeld (1960) propuso la existencia de seis etapas del dibujo en el niño normal:

1. La de garabateo, alrededor de los dos años de vida.
2. La preesquemática, entre los tres y cinco años.
3. La esquemática, de los seis a los ocho años.
4. La de competencia, de los nueve a los doce años.
5. La pseudo-naturalista, entre los doce y los catorce años.
6. La de decisión, más allá de los catorce años.

Malchiodi (2012) sostiene que la arteterapia tiene la capacidad de reflejar la identidad del paciente en la creación artística, por lo que vuelve visible la autoimagen y la vuelve accesible para el diálogo, la reflexión y el cambio. Malchiodi propuso las siguientes etapas del dibujo infantil:

1. De garabateo, relacionada con el inicio del pensamiento operacional.
2. De formas básicas, cuando el niño empieza a mostrar interés por formas y colores.
3. De la forma humana.
4. Desarrollo de esquematización, cuando el niño puede realizar abstracciones y operaciones concretas.

Ambas descripciones siguen empleándose con fines exploratorios del desarrollo del niño a la vez que como modelo para algunos programas arteterapéuticos.

2.3.3 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA BASADOS EN LAS HABILIDADES VISUALES

Emery (2004) documentó que para la mayoría de los niños con TEA resulta más atractivo el proceso creativo que el deseo de completar un proyecto artístico específico. Es por estas dificultades que se han desarrollado diversas técnicas estandarizadas para determinar la forma en que los pacientes con TEA se relacionan con la información visual que les rodean, entre ellos el procesamiento de la cara humana y otros rasgos a través del dibujo y el reconocimiento visual, de los cuales mencionaremos el Sistema de Comunicación por Intercambio Visual (Picture Exchange Communication System, PECS) y la Evaluación mediante Dibujo de Retratos (Portrait Drawing Assessment, PDA).

- Sistema de comunicación por intercambio visual (PECS)

El PECS fue desarrollado en 1985 por Bondy y Frost, quienes buscaban un método para comunicarse efectivamente con niños preescolares con autismo y otras alteraciones del desarrollo quienes mostraban sólo comunicación pasiva. Está a su vez basado en el Enfoque Piramidal de la Educación, propuesto inicialmente por Skinner. El PECS consiste en una serie de actividades de identificación y respuestas mediadas por identificación visual a través de seis etapas de complejidad donde la aparición del lenguaje oral está cuidadosamente planeada:

Fase 1: Destinada a explicar las reglas del Intercambio, así como a observar, elegir y levantar la respectiva imagen para la situación que se plantea al paciente.

Fase 2: Diseñada para promover y alentar las respuestas espontáneas del paciente.

Fase 3: Con el objetivo de favorecer la Discriminación Simultánea de imágenes y/o símbolos, tiene dos subfases:

- o Fase 3A: Discriminación entre una imagen altamente preferida y una imagen distractora.
- o Fase 3B: Enseñanza de Discriminación Simultánea de Imágenes y correcciones para la discriminación.

Fase 4: Dedicada para enseñar al paciente a construir la estructura básica de una frase, requiere del dominio de entre 12 y 20 imágenes previas. Se introduce en esta fase el símbolo de “Yo quiero” para ser introducido en una “tira de enunciado”.

Fase 5: En la cual se introducen las instrucciones verbales mediante la pregunta “¿Qué deseas?”, que debe ser contestada mediante la tira de enunciado formada por las imágenes que puede elegir el paciente.

Fase 6: Ampliando la respuesta a la Pregunta de la fase 5, para enriquecer el vocabulario y las habilidades lingüísticas del paciente.

Al no necesitar de lenguaje hablado como prerrequisito, en la actualidad es una alternativa para sentar las bases del lenguaje oral y la socialización en diversos centros terapéuticos y educativos, como lo demostraron Charlop-Christy, Carpenter, Leblanc y Kellet (2002). Posteriormente Tien (2008) documentó que el uso del PECS es especialmente útil para optimizar las habilidades funcionales para la comunicación de pacientes con TEA.

Ganz, Simpson y Lund (2012) realizaron una extensa revisión en la cual se centran en los beneficios que puede obtener un niño autista con la aplicación del PECS a través de un terapeuta certificado. Y, recientemente, Hernández (2017) incluyó al PECS dentro de una investigación para mejorar la autonomía de pacientes autistas mediante técnicas conductistas, herramienta con la que obtuvo mejorías notorias en diversas actividades de la vida diaria que sus pacientes no realizaban antes de la intervención; pero además la conducta se mantuvo al dejar de aplicar el PECS.

- Evaluación mediante Dibujo de Retratos (Portrait Drawing Assessment, PDA)

La PDA fue Diseñada por Gallardo (2008), quien propuso que el dibujo de un retrato aumenta las habilidades del autista para interpretar las acciones e intenciones de quienes le rodean. Consiste en la evaluación de los retratos realizados por el paciente mediante dos formatos específicos: el primero para analizar las características del retrato mediante 13 puntos de evaluación, y el segundo para registrar los patrones de comportamiento mediante 17 puntos de evaluación.

Cheng, Salleh y Jusoff (2011), publicaron sus experiencias en la aplicación del PDA concluyendo que es un método efectivo para mejorar las habilidades de comunicación no verbal, verbal y la capacidad de socialización de pacientes con TEA. Recientemente, Harris (2015) publicó su tesis de maestría en ciencias por la Universidad de Florida, encontrando mejoras en la aplicación arteterapéutica del dibujo de retratos en adultos con autismo.

2.3.4 OTROS SISTEMAS DE EVALUACIÓN BASADOS EN DIBUJOS

Rafferty-Bugher, Brown, Hastings y Arndt (2014) enlistan las evaluaciones basadas en dibujos que, a pesar de haber surgido para entornos clínicos muy específicos hoy se aplican como parte de las baterías diagnósticas de diversos padecimientos:

1. La prueba Casa-Árbol-Persona (House-tree-person, HTP), una de las primeras y más conocidas estandarizaciones proyectivas de la personalidad basadas en el dibujo, desarrollada por John Buck en 1948. Se pide al paciente que dibuje una casa, un árbol y una persona. Con ella pueden obtenerse perspectivas sobre la autopercepción del paciente, sus relaciones interpersonales y con su entorno.
2. La prueba Dibujos Funcionales de la Familia, (Kinetic Family Drawings, KFD), desarrollada por Burns y Kaufman en 1970, en la que se pide al paciente que dibuje a los miembros de su familia realizando alguna actividad. Entre otras aportaciones, esta prueba permite visualizar la perspectiva interna del paciente sobre el lugar que ocupa en su familia.
3. La prueba Series Diagnósticas de Dibujo (Diagnostic Drawing Series, DDS), desarrollada por Barry Cohen en 1983, en la que se pide al paciente que realice una serie de tres dibujos:

lo que él desee, un árbol y cómo se siente. Evalúa procesos cognitivos, emocionales y resistencias, además de relacionar la creación gráfica del paciente con los criterios del DSM. Cohen establece claramente que el DDS tiene la función de describir la creación artística del paciente y no de encontrarle significado.

4. La prueba Dibuja una Historia (Draw a Story, DAS), desarrollada por Rawley Silver en 2002, en la que se solicita al paciente que dibuje una historia breve y si es posible apoye su dibujo con una narración. Evalúa factores cognitivos, del desarrollo y emocionales a través de la interacción entre el lenguaje verbal y no verbal que el paciente emplea durante la creación de su historia.

2.3.5 LA ARTETERAPIA DESDE DIVERSAS CORRIENTES PSICOLÓGICAS

a. PSICOANÁLISIS Y ARTETERAPIA

La creación de imágenes y la expresión simbólica están relacionadas al proceso freudiano de asociación libre y por lo tanto de acceso al subconsciente. Dando continuidad a los conceptos de simbolización de la corriente psicoanalítica, Segal (1991) sostiene que el creador artístico percibe su obra como una criatura figurada, profundizando también en que cualquier actividad renovadora tiene elementos alegóricos. Por tanto, el mundo que recrea el artista tiene que ver con una reconstrucción reparadora.

Posteriormente, Winnicott (1990) resaltó la importancia del juego y la realidad infantiles, incluyendo en sus actividades clínicas rutinas de dibujo y expresión no verbal. También propuso la existencia del objeto transicional, siendo aquel capaz de mediar entre las realidades interna y externa del niño, entidad que también puede ser el material de creación artística.

b. HUMANISMO Y ARTETERAPIA

La psicoterapia humanista (que incluye la terapia centrada en el cliente, la terapia gestalt y la fenomenológica) ha hecho contribuciones significativas a la arteterapia que se practica hoy en día (Thorogood, 2009), enfatizando en el concepto de que la exploración artística es también un camino hacia el bienestar.

- Carl Rogers propuso la terapia centrada en el cliente (es decir donde el terapeuta es más un facilitador que un director del proceso), donde la escucha activa y la empatía son considerados como fuente del cambio terapéutico. Propuso también que dentro de cada individuo está la habilidad de autoactualizarse a través de la expresión, lo que da fundamento al aspecto facilitador del cambio de la arteterapia, que además permite al terapeuta conocer parte de la perspectiva del paciente.
- La terapia Gestalt, derivada por Dick Price de las ideas de Fritz Perls (1963), también se centra en el paciente como un organismo autoregulado capaz de moverse de un estado fragmentado a uno de totalidad a través de la relación terapéutica activa. Amendt–Lyon (2011), resalta dos momentos mayores en la arteterapia gestáltica: la propuesta de Janie Rhyne para organizar un método terapéutico basado en el arte y el concepto de “despertar de la conciencia”, y el de Rudolph Arnheim, psicólogo gestáltico alemán quien propuso principios de comprensión del arte visual que a la fecha se aplican y para quien el arte es uno de los instrumentos más poderosos de que disponemos para la realización de la vida (Pinazo 2012).

El enfoque humanista promueve que el paciente se involucre profundamente en la expresión artística mediante una activación sensoriomotriz (Malchiodi, 2003), a la vez que origina la idea de totalidad: la noción de que el paciente debe ser entendido en el contexto de su ambiente (Jacobs, 1989).

c. TERAPIA COGNITIVA Y ARTETERAPIA

El enfoque cognitivo y conductual está dirigido hacia ayudar al paciente a identificar las reglas, las creencias y las expectativas (conocida como el Esquema) sobre las cuales basa sus acciones. En este sentido, reestructurar y rediseñar el esquema o marco de referencia del paciente es el objetivo terapéutico, para la cual el uso de imágenes y del proceso de creación artística se emplea para aumentar la capacidad del paciente para comunicarse (Hanson, 2013).

El neuropsicólogo norteamericano Gardner (1998) publicó la teoría de las inteligencias múltiples y, en 2005, “Arte, mente y cerebro”, donde destaca el valioso papel de la educación artística en el desarrollo humano. Igualmente, menciona a la producción, la percepción y la reflexión como acciones imprescindibles de la aproximación al arte. La presentación y creación de imágenes permite al paciente explorar sus pensamientos irracionales y procesar sus reacciones en pensamientos, a la vez que le permite percibir sus problemas como componentes visualmente manejables, además de reducir por sí mismo el estrés (Malchiodi, 2003).

Slayton, D’Archer y Kaplan (2010) documentaron que el proceso arteterapéutico funciona como una metáfora útil para la comunicación y la construcción de diversas estructuras cognitivas y sociales del paciente.

Curtis (2011) documentó la capacidad de la arteterapia para construir sentido a través de la creación artística, capacidad compleja que depende a su vez de tres componentes: el proceso de decodificación de la imagen, el contexto clínico y socio-cultural específico de cada paciente, y un proceso integrador que involucra la experiencia y subjetividad del arteterapeuta.

2.3.6 ARTETERAPIA Y OTROS ENFOQUES PSICOTERAPÉUTICOS

a. El modelo CREATE

Desde las neurociencias, Hass-Cohen (2008) desarrolló el concepto CREATE, una plataforma que describe los efectos del proceso arteterapéutico desde seis principios cuyas iniciales forman el acrónimo que da nombre al concepto:

- Creatividad en acción: en relación a las propiedades cinestésicas de la arteterapia para gestionar el estrés del paciente y para manifestar su estado interno combinando habilidades motoras y perceptuales.
- Resonancia Relacional: en relación a la alianza arteterapeuta-paciente, promovida a través de la integración sensoriomotriz y la interrelación de todo acto terapéutico, lo que tiene repercusión neurológica y endócrina.
- Expresividad y emoción: en relación a los medios de autoexpresión que la arteterapia proporciona al paciente, lo cual involucra a diversas áreas del sistema nervioso central

incluyendo el sistema límbico además de regular los niveles de serotonina mediante la creación artística.

- Adaptación: en relación a que la arteterapia facilita la adaptación al estrés y sus múltiples impactos negativos, además de que la manipulación de materiales artísticos conduce a respuestas sensoriales adaptables (espontaneidad y placer ente ellas).
- Transformación.
- Empatía, ambas capacidades necesarias para el funcionamiento interpersonal y social normal, y en relación a la organización de los procesos neurobiológicos del paciente (incluyendo la plasticidad cerebral y la neurogénesis) que ocurre con el proceso arteterapéutico.

b. El modelo COAT: Resultados Contextualizados de Arteterapia (Context Outcomes Art Therapy)

El modelo COAT fue propuesto por Schweizer et al. (2014), para organizar los componentes principales de la intervención arteterapéutica en el niño en cuatro áreas de operación con la finalidad de observar los componentes que integran al programa terapéutico o al reporte de sus resultados:

1. Medios arteterapéuticos y formas de expresión.
2. Papel del arteterapeuta.
3. Contexto.
4. Pronósticos y objetivos.

El modelo COAT funciona tanto para definir si se está ante un verdadero programa arteterapéutico (cuando se cumple con todos los componentes que propone) como para calificar y validar los reportes de acciones arteterapéuticas diversas. Es decir, este modelo permite evaluar la calidad del programa terapéutico y de la publicación que de éste se derivó en base a la profundidad de sus contenidos.



MEDIOS Y FORMAS DE EXPRESIÓN AT	CONDUCTA TERAPÉUTICA El Arteterapeuta:	CONTEXTO Se describen:	RESULTADOS DEL PROCESO AT
Los materiales artísticos se emplean para generar experiencias sensoriales en el niño, lo cual le permite generar flexibilidad en su conducta y expresividad	Dirige sus acciones a las necesidades del paciente, favoreciendo el proceso en forma directiva y no directiva	El Encuadre	Mayor flexibilidad emocional, conductual y relajación
Las formas y tamaños de los dibujos son diversos incluyendo muestras de las etapas pre-representativa y representativa	Ofrece actividades con experiencias sensoriales visuales y táctiles	Los motivos de consulta y referencia	Mejores habilidades sociales y comunicacionales
Se desarrolla un trabajo artístico personal	Ofrece apoyo durante fases complejas de dibujo	La duración y frecuencia del tratamiento	Mejora de la autoimagen
Existe comunicación verbal y no verbal durante el proceso	Ofrece estimulación y apoyo verbal	La existencia y el manejo de la transferencia	Mejora de procesos de aprendizaje
	Comparte con el paciente experiencias previas		

Figura 5. Modelo COAT para los programas Arteterapéuticos. Schweizer, C., Knorth, J.E. & Spreen, M. (2014). Art therapy with children with Autism Spectrum Disorders: A review of clinical case descriptions on ‘what works’. En prensa para ser publicado en *The Arts in Psychotherapy*.

- c. El modelo Continuo de Terapias Expresivas (Expressive Therapies Continuum, ETC).

El Continuo de Terapias Expresivas propuesto por Hinz y Lusebrink en 2004 ofrece un modelo teórico para las aplicaciones diagnósticas y terapéuticas de la arteterapia. Categoriza las características del desempeño del paciente en tres niveles de complejidad:

1. Nivel cinestésico-sensorial.
2. Nivel perceptual-afectivo.
3. Nivel Cognitivo-simbólico.

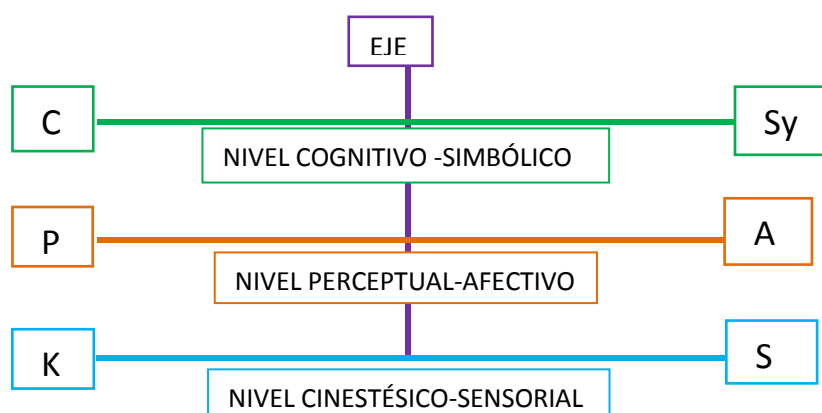


Figura 6. Modelo ETC para las Actividades Arteterapéuticas. Lusebrink, V.B. (2004). *Art Therapy and the Brain: An Attempt to Understand the Underlying Processes of Art Expression in Therapy Art Therapy. Journal of the American Art Therapy Association*, 21(3) 125-135.

Estos niveles mantienen relación con las estructuras cerebrales que manifiestan su funcionamiento a través del eje creativo, por lo que Lusebrink (2008) concluye que:

1. Las funciones y áreas cerebrales cumplen tareas especializadas para cada nivel de complejidad arteterapéutica. La mayoría de los estímulos son procesados en forma inconsciente mientras que parte del procesamiento final es determinado en forma cognitiva con intervención de atención selectiva.
2. Las estructuras cerebrales dan rutas alternas para acceder y procesar información visual, motora y relativa a la memoria. La arteterapia es un método singularmente útil para reconocer y activar estas vías.

3. La arteterapia ofrece la posibilidad de atender selectivamente diferentes aspectos del procesamiento de la información visual.
4. La arteterapia ofrece la posibilidad de mejorar la integración de respuestas emocionales a través de vías asociadas a la percepción sensorial.

El análisis de los elementos formales de la creación artística mediante el modelo ETC, ayuda al arteterapeuta a comprender la forma en que el paciente procesa y emplea diversos tipos de información, además de identificar las fortalezas y debilidades del paciente en un nivel particular. Lusebrink y Hinz (2010) sugieren que el nivel donde se encuentra un paciente puede ser determinado a partir del análisis de al menos tres creaciones arteterapéuticas libres utilizando también materiales y técnicas libres.

Considero importante destacar que las propuestas de los diversos modelos que se presentaron en el presente apartado responden a la necesidad de describir con una mayor objetividad las características de los programas arteterapéuticos y, en un futuro, estandarizar los abordajes y proyectos de investigación relacionados con las terapia expresivas, especialmente con la arteterapia.

2.4 EFECTOS Y FUNCIONES DE LA ARTETERAPIA

Karaca y Eren (2014) proponen que la arteterapia es una herramienta para la expresión de pensamientos y emociones subconscientes capaz de sustituir al lenguaje verbal, a la vez que es un medio para la autorevelación y la facilitación de diversos procesos cognitivos.

Marinovic (1996) pionera de la arteterapia en Latinoamérica, afirma que la experiencia del arte tiene la particularidad de permitir integrar diversas funciones en un todo con sentido. Describe las siguientes funciones de la arteterapia:

- Enriquece la capacidad perceptiva a través de:
 - Activar la exploración, discriminación, interrelación y la organización perceptiva.
 - Favorece la interrelación diversos sentidos entre sí.
 - Intensifica la experiencia sensorial.
 - Desarrolla y extiende la conciencia de la personalidad externa e interna: enseña a descubrir y no solo a reconocer.

- Promueve una relación activa de significados inherentes a la naturaleza metafórica del arte y su multidimensionalidad.
- Estimula la imaginación y el potencial creativo al:
 - Contribuir a una adaptación activa compensando las limitaciones de la realidad.
 - Permitir recrear lo pasado, percibir el presente, anticipar lo futuro y lo probable; ensayar nuevos roles y ampliar la experiencia humana más allá de lo cotidiano.
 - Favorecer la flexibilidad del pensamiento, la superación de lo obvio, la búsqueda de soluciones nuevas y la toma de decisiones.
 - Ayudar a tolerar la ambigüedad y la incertidumbre. Nos prepara para lo inusual y para diseñar respuestas apropiadas ante lo nuevo.
- Promueve orden, armonía y equilibrio; ritmo y proporción a emociones e ideas principalmente a través de la interacción isomórfica entre la estructura normal de las distintas manifestaciones del arte con los procesos humanos. Las características formales de la expresión artística facilitan la experiencia de orden y organización.
- Hace posible comprender diversos niveles de significado, de importancia para el auto entendimiento y la comprensión de los otros. Las metáforas y símbolos pueden orientar y dar sentido a la realidad personal y a la del mundo que nos rodea.

Morrell (2011) resume las funciones de la arteterapia en ser un lenguaje común para el paciente y el arteterapeuta, representar el mundo interno del paciente, permite el acceso directo a los símbolos y signos que el paciente expresa y es una herramienta para mejorar la estructura cognitiva y emocional del paciente.

Haeyen, Van Hooren y Hutschemaekers (2015) han propuesto un modelo de clasificación por núcleos para describir los efectos de la arteterapia:

Tabla 3.

Efectos de la arteterapia de acuerdo a núcleos y subcategorías.

NÚCLEO	SUBCATEGORÍA
1. Mejora de la percepción sensorial y la autopercepción	<ul style="list-style-type: none"> - Descubrimiento y experiencia de nuevos materiales y formas de utilizarlos - Descubrimiento de nuevas oportunidades y aumento de conciencia de la individualidad - Reacción emocional hacia los materiales artísticos - Percepción y conciencia de las emociones - Experiencia del presente - Percepción del cuerpo
2. Mejor integración personal	<ul style="list-style-type: none"> - Visualización de la propia experiencia emocional mediante imágenes y creación artística - Exploración y reconocimiento de distintas emociones - Reconocimiento de la identidad y autoimagen - Reconocimiento de emociones pasadas y actuales - Diferenciación y clarificación de emociones y pensamientos - Diferenciación del patrón propio de emociones, pensamientos y conducta - Diferenciación de los conflictos internos
3. Mejora de la Regulación Emocional	<ul style="list-style-type: none"> - Expresión emocional de características personales - Mejora de esquemas de regulación - Resolución y vivencia de emociones - Fortalecimiento de emociones y experiencias
4. Cambio conductual	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicación de conductas alternativas al reconocer emociones propias - Contacto emocional con otros - Cooperación social - Habilidades para resolver experiencias sociales adecuadamente - Dar y recibir reconocimiento social y apoyo emocional - Mejora de habilidades de retroalimentación
5. Fortalecimiento de la comprensión y el insight	<ul style="list-style-type: none"> - Mejora de la expresión verbal de las experiencias - Mejora del pensamiento trascendente sobre la creación artística - Mejora de la comprensión de los patrones psíquicos propios - Mejora de la reflexión sobre el patrón de comportamiento hacia los demás - Reconocimiento y conexión de conclusiones sobre estos patrones

Haeyen, S., Van Hooren, S. & Hutschemaekers, G. (2015). Perceived effects of art therapy in the treatment of personality disorders, cluster B/C: A qualitative study. *The Arts in Psychotherapy*, (45)1–10.

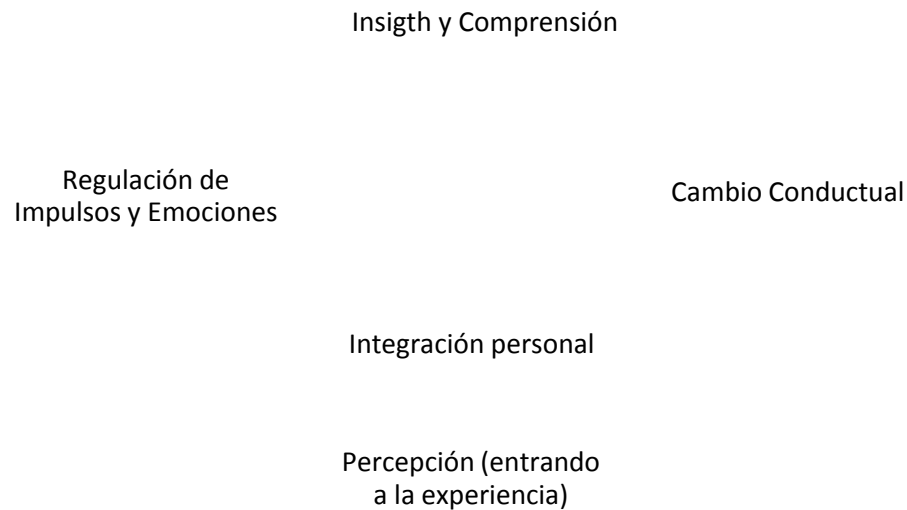


Figura 7. Núcleos que describen los efectos de la arteterapia. Haeyen, S., Van Hooren, S. & Hutschemaekers, G. (2015). Perceived effects of art therapy in the treatment of personality disorders, clusterB/C: A qualitative study. *The Arts in Psychotherapy*, (45)1–10.

Holmqvista, Roxberg, Larsson y Persson (2017) publicaron un estudio sobre las diversas formas en que se evalúa el impacto de la intervención arteterapéutica, lo que a su vez documenta las modificaciones conductuales positivas que puede generar:

- El paciente permite la integración de una alianza terapéutica en la que participa activamente, lo que permite un aumento gradual de su confianza y su capacidad de expresión y creación.
- El paciente desarrolla una conciencia de emociones y afectos, que incluso le permite la expresión verbal de los mismos.
- El paciente desarrolla una autoconciencia, lo que le permite mayor capacidad de interiorización y aprendizaje, mejora la percepción de su propia imagen e individualidad y amplía sus perspectivas creativas y del desarrollo.
- Desarrollo de autonomía en diversos grados.

2.5 ESTRUCTURA DE DIVERSOS PROGRAMAS DE ARTETERAPIA

Es manifiesto el interés que diversas áreas y no solo el personal de la salud centran en la arteterapia. En el caso particular de los pacientes con TEA, el arteterapeuta utiliza un amplio espectro de técnicas artísticas. Las directrices de la sesión varían desde la elección libre de materiales y técnicas hasta la dirección de un proyecto específico: desde la indicación de “pinta cómo te sientes ahora” (Kornreich, 1991) hasta indicaciones muy complejas como “dibújate creando un recipiente en tu entorno” (Henley, 1991).

Y, en todo caso, el arteterapeuta no sólo asigna un proyecto: por el contrario, trabaja en conjunto con el niño, le da retroalimentación visual continua, deja al proyecto crecer y lo emplea para construir la relación terapéutica de la que se beneficiarán otras habilidades del niño (Martin, 2008).

2.5.1 FASES DE LA ARTETERAPIA

Klein (2006) describió las fases por las que debería transcurrir el proceso arteterapéutico:

1. De interioridad, dirigida hacia los motivos y necesidades internas del paciente.
2. De acompañamiento, en la que el arteterapeuta procurará guiar las fuerzas del paciente sin detenerse en el contenido o significado de la creación artística.
3. De confrontación con lo que ha creado, para enriquecer el proceso arteterapéutico y mejorar las habilidades internas del paciente.

Nosovsky (2008) propuso la siguiente estructura estándar de un tratamiento mediante arteterapia, modificable de acuerdo a las particularidades del paciente o usuario:

- Inicio: sesión que permite la exploración del entorno y los materiales por parte del paciente y sus padres.
- Intermedia: el paciente está involucrado en el proceso creativo que, con la guía del arteterapeuta, se haya elegido para él.
- Final: en la que se evalúa el desempeño del paciente y sus mejoras en relación al inicio del tratamiento.

Reyna (2011), investigadora en arteterapia de la Universidad de San Luis Potosí, documentó el uso de todo tipo de materiales gráficos seguros en un contexto hospitalario, en la unidad de recuperación

de un servicio ocológico infantil. Incluyó en estos materiales desde una hoja en blanco y lápices de colores hasta papeles especializados y todo tipo de lápices y pigmentos: crayones, pinturas digitales, pinceles, texturas. Propuso igualmente la siguiente estructura por etapas de un tratamiento basado en arteterapia, las cuales determinan las acciones del arteterapeuta:

- Sensibilización y psicoeducación: diseñada para conocer el entorno y los materiales arteterapéuticos, así como la interacción arteterapeuta-paciente. Se inicia aquí con la identificación de emociones y objetivos psicomotores para el paciente.
- Recorrido Simbólico: expresión de las emociones, redirección de la atención, mejora de la comunicación a través del proceso creativo elegido.
- Cierre: en la cual se concluyen tanto el trabajo artístico como la relación arteterapeuta-paciente.

Ceballos, De Vasconcelos y Ferreira (2012) proponen igualmente un proceso arteterapéutico de tres fases:

- Acercamiento, dedicada a la introducción general de objetivos, materiales y técnicas.
- Representación, basada en actividades de simbolización.
- Profundización, basada en la integración de las actividades previas para facilitar asociaciones e interacciones.

Puede observarse que los esquemas arteterapéuticos incluyen, pese a sus diferencias y variedades, las mismas fases, siendo muy importante la fase inicial en la que se ofrece al usuario un panorama introductorio que no genere ansiedad ni estrés y prepare al paciente para acceder a futuras etapas del proceso terapéutico.

2.5.2 CONTENIDO DE LAS SESIONES DE ARTETERAPIA

Malchiodi (2006) propone el contenido de una sesión de arteterapia a la vez que la diferencia de una experiencia artística pura, ya que en el proyecto arteterapéutico el eje es la experiencia interna del paciente (sus sentimientos, percepciones e imaginación). En general incluye aprendizaje sobre

cuestiones básicas de arte, pero su énfasis primario es el desarrollo de imágenes que reflejan el interior de las personas más que lo que ven en el exterior. El mundo interno de imágenes, emociones, pensamientos e ideas son lo más importante de la sesión arteterapéutica.

Silver (1999) publicó una extensa revisión sobre arteterapia y niños con trastornos del desarrollo entre otras patologías, proponiendo esquemas semiestructurados a partir de:

- Copiado de imágenes prediseñadas para:
 - Determinar y mejorar la habilidad del niño en la asociación de materiales, colores, formas.
 - Mejorar la habilidad del niño para percibir y representar relaciones espaciales mediante el dibujo de modelos proyectados desde diferentes puntos de vista.
 - Mejorar la habilidad del niño para manipular materiales de creación plástica, modelar plastilina y pintar, con lo que se busca estimular su imaginación, simbolización y capacidad expresiva.

- Desarrollo de historias a partir de una imagen.

Sin embargo, Silver propone que incluso las sesiones estructuradas deben tener un objetivo abierto para dar al niño la máxima libertad posible para tomar por sí mismo las decisiones y acciones pertinentes. Cuando el niño no logra cumplir con las tareas estructuradas, debe dársele un periodo de tiempo para que continúe con una actividad libremente elegida.

Domínguez (2006) propone una estructura arteterapéutica dinámica de acuerdo a las características del paciente:

- Bajo estrategias directivas, cuando logra establecerse una forma de trabajo con un proyecto específico, con material de trabajo simple (la hoja en blanco, papeles de diferentes formatos, lápices, ceras, bandejas, pizarras, tizas de colores, etc.) indicando al niño/a que dibuje determinadas figuras y/o composiciones, en función del objetivo establecido previamente.

- Bajo estrategias No directivas, en cuyo caso la sesión se conduce en forma libre de criterios explicitados de antemano y bajo la ausencia de un tema piloto que guíe al niño en su proceso expresivo-creativo. Lápiz y papel es nuevamente la técnica recurrentemente utilizado,

aunque en ocasiones se hace uso de diversos materiales plásticos como pueden ser plastilina, cera, cartulinas, arcilla, etc.

Powers (2006) documentó en su tesis de doctorado sobre autismo y arteterapia la importancia de estructurar la actividad arteterapéutica en base a:

- Un entorno que brinde seguridad, constancia y confianza a los niños.
- Actividades dirigidas en forma libre de acuerdo al desempeño del niño.
- Materiales y técnicas libremente elegidas por el niño.
- Mantener la atención personalizada a través de sesiones individuales o en grupos pequeños.
- Dialogar con el paciente en forma verbal y no verbal para facilitarle la adquisición de habilidades motoras, comunicacionales y sociales.

Durán (2008) propuso un programa semiestructurado en el que incluyó la participación de pintores profesionales, los cuales actuaron como guías muy cercanos a los niños autistas:

Sesión 1: encuentro entre pintores, niños autistas y sus padres.

Sesión 2: pintura de Modelo, en la cual los pintores enseñaron a los niños desde la forma de sostener pinceles y brochas hasta la de mezclar colores e imitar formas.

Sesión 3: Creación artística libre.

Sesión 4: Retrato de un compañero de trabajo.

Sesión 5: Mural de manos y formas geométricas.

Igual que en otros aspectos estructurales de un programa arteterapéutico, los contenidos de distintos proyectos son diversos y ricos en ofertas sensoriales y cognitivas para los usuarios hacia quienes van dirigidos. Destaca la existencia de enfoques mixtos (directivos con elementos libres) y de actividades básicas al inicio del programa arteterapéutico, para facilitar que el usuario se mantenga cerca de su propio proyecto.

2.5.3 TRATAMIENTO INDIVIDUAL Y GRUPAL

La decisión del enfoque arteterapéutico para determinado paciente con TEA debe basarse en una evaluación previa. Puede realizarse en forma individual o grupal. Epp (2008) concluyó que la integración de grupos de arteterapia con niños con TEA es efectiva no sólo porque les ayuda a

aumentar su conciencia social, sino porque estimula al niño al pensamiento abstracto a través de la solución de problemas visuales. Por otro lado, la arteterapia sublima la ansiedad, lo que disminuye la necesidad de algunas respuestas motoras que bloquean la comunicación y socialización del autista. South, Rodgers y Van Hecke (2017) identifican a la ansiedad como una importante carga no sólo para el paciente autista sino para su entorno familiar, por lo que sugieren la toma de acciones continuas y adaptadas a la evolución del paciente.

Tucker y Treviño (2011) integraron grupos de trabajo arteterapéutico en los cuales los participantes mejoraron sus habilidades para comunicarse y desarrollar su relación interpersonal. Encontraron también mejores indicadores de *rappor*t y autoexpresión.

Snir (2012), publicó su experiencia con la realización conjunta de pinturas, una variante de la arteterapia grupal, encontrando que el trabajo con otro niño autista mejora la comunicación, el aprendizaje recíproco, las interacciones interpersonales, la atención y la modulación emocional.

2.6 EL ARTETERAPEUTA

El arteterapeuta actual proviene de diversos ambientes: de la psicología, de la psiquiatría, del trabajo social y de las artes. Debe ser espontáneo e intuitivo, respetuoso y observador y planificar la sesión de acuerdo a las necesidades del paciente (Witt, 2012). Respecto al papel del arteterapeuta, el Consejo Norteamericano de Certificación de arteterapeutas (ATCB) enuncia los siguientes principios que en términos generales son los mismos que otras sociedades y consejos de arteterapia aplican:

1. Deben promover el bienestar, respetar los derechos de sus pacientes y asegurarse de que el servicio que proveen sea útil.
2. Deben ofrecer una explicación suficiente sobre la naturaleza y alcances del trabajo arteterapéutico.
3. Deben continuar el proyecto arteterapéutico solo si el paciente está mostrando beneficios clínicos.

Duncan, Miller, Wampold y Hubble (2010) recomiendan que el arteterapeuta se mantenga atento a las diarias necesidades de sus pacientes; que les brinden soporte ante experiencias sensoriales novedosas que pueden generar ansiedad y conductas de bloqueo emocional; darles soporte en el

proceso creativo, darles las instrucciones verbales o de imitación necesarias y compartir su experiencia con ellos.

Para Bassols (2006) la intervención del o la arteterapeuta se define por:

- Posibilitar, desde la metodología utilizada, la evolución y la transformación de la producción, siendo un guía y acompañante para que el paciente pase de la expresión a la creación.
- Ayudar al paciente en su relación con materiales y técnicas.
- Propiciar un ambiente que permita a la persona que se tome su tiempo y no se precipite en la acción.
- Determinar y diferenciar los espacios de realidad y de ficción.
- Favorecer un trabajo que parta del paciente mismo, propiciando y desencadenando su máxima participación activa.
- Establecer un dispositivo que permita dibujar el territorio de lo simbólico.
- La no interpretación de las producciones surgidas, así como el no juzgarlas.
- El mantenimiento en el sistema de reglas y la determinación y claridad de las reglas.
- El proceso de acompañamiento a la persona y la dirección que toma ese proceso, permaneciendo al lado del paciente con una actitud ajustada, prudente, sutil y discreta. El proceso arteterapéutico ayuda al paciente evitando que se instale en el sufrimiento o en la comodidad.
- Respetar, sostener, mostrarse comprensivo, ofrecer posibilidades de evolución.
- Favorecer que pueda aparecer aquello que es diferente en cada paciente, la diversidad de las respuestas, propiciando que surja la singularidad del sujeto y la diversidad en el grupo.
- Mantener un hilo entre las propuestas, dándose un proceso de una producción a otra, como un encadenamiento sucesivo de producciones.
- La flexibilidad en las propuestas y enfoques, en el sentido de que sean abiertas y que propicien diversidad de respuestas.
- El aprovechamiento de todo aquello que sucede en el marco del trabajo, las sugerencias del paciente y la gestión de aquello que surge como imprevisto.

- La escucha de los intereses, demandas y necesidades del paciente en individual o del grupo.
- Favorecer la transformación de los estereotipos que surjan en las producciones en un trabajo más personal y evolutivo.
- Desarrollar el ritmo del taller: La organización y la estructuración del tiempo, un ritual de entrada, introducción, calentamiento, producción, significación, ritual de salida, recogida y cierre.

En relación a las responsabilidades con los pacientes, la Asociación de Arteterapeutas en México AC enunció dentro de su código de ética que el arteterapeuta debe:

- Ser claro acerca de su responsabilidad en la relación y el tratamiento de los pacientes.
- Promover un tipo de vínculo no abusivo ni coercitivo en el que prime el desarrollo del trabajo productivo y creativo con el paciente.
- Velar porque el proceso no se vea interferido por sus propias cuestiones subjetivas, utilizando para ello el trabajo terapéutico propio y la supervisión.
- Dedicar un tiempo a registrar, analizar y comprender los contenidos y procesos de cada sesión.

Moreno (2006) define la actitud del arteterapeuta ante las dificultades en el desarrollo del proceso arteterapéutico, en el sentido de que no tiene que dar la solución sino, en todo caso, ayudar a pensar al niño, animarlo a experimentar con otras alternativas, sugerirle otros caminos, favoreciendo que desarrolle nuevas estrategias y encuentre sus propias respuestas a partir del ensayo y error.

2.7 MATERIALES Y TÉCNICAS

Landgarten (Espinosa 2016), propone la siguiente clasificación de los materiales arteterapéuticos basada en las propiedades físicas que confieren y ciertos grados de dificultad a su manipulación llamada Media-Dimensión-Variables (MDV):

Tabla 4.

Clasificación de materiales y técnicas arteterapéuticos de acuerdo a la dificultad de su manipulación.

MATERIAL	CONTROL ALTO (BAJO GRADO DE DIFICULTAD)	CONTROL MEDIO (MEDIO GRADO DE DIFICULTAD)	CONTROL BAJO (ALTO GRADO DE DIFICULTAD)
Gráfico	Lápiz de grafito dureza media Lápices de Colores Lápiz Pasta Plumón	Cera Blanda Pastel Graso	Carboncillo Tinta china Pastel Seco Tiza
Pictórico	Témperas Pinceles gruesos y brochas	Pintura digital Pinceles acuareleables Acrílicos Pastel graso con trementina Aerosoles	Acuarela Óleo Rodillo Espátula Esponja
Tridimensional	Plastilina Arcilla o barro Pasta de sal	Cartón pluma Greda o yeso Material de desecho Papel maché	Talla Gubias Moldes
Otros	Revistas y papeles para collages	Costura y estampado	Grabado Video Fotografía Arte digital

Espinosa, V. A. (2016). Tesis de licenciatura inédita. Propuesta de un taller de arteterapia para adultos con Depresión moderada desde el enfoque junguiano. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Respecto al orden de utilización o presentación de recursos artísticos al paciente autista, Emery (2004) expone en su reporte de caso el uso libre y no secuenciado de materiales y técnicas, ya que sus pacientes pueden elegir iniciar con modelado en plastilina, utilizar marionetas y finalizar con dibujo libre con lápices y crayones.

Beth (2008) diseñó un programa arteterapéutico para niños y adolescentes con TEA fundamentado en niveles de complejidad para diversas actividades grupales:

- Dibujo:
 - Dibujo de emociones.
 - Dibujo de los integrantes del grupo.
 - Dibujo de “lo que me molesta”.
 - Copiado de una postal motivacional libremente elegida.
 - Dibujo del animal que te gustaría ser.

- Pintura
 - Pintura en hoja individual con pintura digital.
 - Pintura mural de elaboración grupal.
 - Pintura individual inspirada por escuchar diversos tipos de música.
 - Pintura de “la lluvia” con acuarelas.
 - Dibujo y pintura de una figura humana precortada.

- Escultura
 - Diseño de un animal con materiales de libre elección: plastilinas, cuentas, cuerdas, resinas.
 - Diseño libre con plastilinas de uso comercial.
 - Impresión de la propia mano sobre una masa fabricada por los pacientes.

- Medios mixtos
 - Dibujo libre en un programa de diseño básico por computadora.
 - Diseño de una “Caja de Emociones” para ejemplificar mediante dibujo, pintura y escultura los sentimientos y emociones del niño.
 - Teñido de una camiseta.
 - Construcción del “Lugar Seguro”: una caja de zapatos con dibujos, pinturas y esculturas donde guardar emociones e ideas.
 - Diseño de una cara humana con técnica de collage.

Siendo su entorno clínico una muestra de niños con padecimientos oncológicos, Reyna (2011) aplicó el siguiente esquema de trabajo arteterapéutico:

Tabla 5.

Etapas del Proceso arteterapéutico propuestas para pacientes con padecimientos oncológicos.

ETAPA	OBJETIVOS	ACTIVIDADES
SENSIBILIZACIÓN Y PSICOEDUCACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer la Arteterapia y en qué consiste • Conocer nuevas formas para relajarse y su importancia • Conocer, denominar e identificar emociones de enojo, alegría, miedo, y preocupación. • Ejemplificar las emociones para facilitar su identificación a lo largo de la intervención. • Conocer e informarse acerca del significado del cáncer, la leucemia, 	<ul style="list-style-type: none"> • Encuadre • Técnicas de Arteterapia para la sensibilización a los materiales y ruptura de hielo. • Técnicas de relajación • Biofeedback de emociones • Técnicas cognitivas sobre identificación de emociones, intensidad y cómo se manifiestan. • Psicoeducación acerca del cáncer mediante videos, explicación gráfica y verbal
RECORRIDO SIMBÓLICO	<ul style="list-style-type: none"> • Explorar y expresar los sentimientos y emociones evocados ante la enfermedad, y situaciones como el tratamiento médico y la hospitalización. • Explorar y expresar los sentimientos y emociones ante el dolor físico y emocional, producidos por el tratamiento médico y la situación de enfermedad. • Explorar y expresar sentimientos y emociones ante la muerte • Conocer y comprender sus necesidades emocionales y a sí mismo. • Conocer y comprender de qué manera ha reaccionado y actuado frente al cáncer y situaciones asociadas. • Conocer nuevas formas de afrontar 	<ul style="list-style-type: none"> • Actividades de Arteterapia • Técnicas cognitivas: Imaginería, relajación • Manejo de emociones y situaciones estresantes.

CIERRE	<ul style="list-style-type: none"> • Aprender a despedirse de una forma positiva • Llevar a cabo un ritual de despedida del proceso arteterapéutico y de la arteterapeuta. • Estructurarse para seguir con su vida Cotidiana 	<ul style="list-style-type: none"> • Actividades de Arteterapia • Psicodrama
--------	---	--

Reyna, M. M., González, R. R. & López, H. J. (2011). Un mapa para llegar a la vida: estudio de caso de un niño con leucemia mediante arteterapia. *Arteterapia, Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 6, 151-167.

Y, en el mismo tenor, enfatiza en la importancia de establecer reglas y relaciones causa-efecto para que el niño pueda elegir y emplear libremente y con seguridad materiales y técnicas, a la vez que resalta los conceptos de actividad libre, espacio arteterapéutico seguro y resignificación de la realidad.

Pérez (2013) diseñó y aplicó un programa arteterapéutico dirigido a pacientes con discapacidad cognitiva en el que mantuvo el esquema general de tres fases, incluyendo actividades de relajación a través de, visualizaciones creativas, meditación, música, expresión corporal, masajes y respiración de acuerdo a las necesidades de cada paciente.

Schweizer et al. (2014) enfatizan la importancia de que la creación artística se conciba como una vía de comunicación alternativa al constituir un área que se encuentra entre el paciente y el terapeuta.

Furniss (2016) reportó sus experiencias al trabajar con niños autistas, en las cuales sus pacientes también eligieron libremente el material y por lo tanto la técnica con las cuales iniciaron las sesiones arteterapéuticas, progresando de pintura digital al collage y a la pintura con pinceles. Su diseño metodológico incluyó un programa de 12 sesiones desarrollado en un entorno escolar.

Moghaddam, Mohammadi, Zade, Sharifi y Afrooz (2016) aplicaron un programa de arteterapia familiar en pacientes con TEA, realizado en un total de 30 sesiones. La mitad de ellas en un entorno clínico, con el objetivo de capacitar a los padres de pacientes autistas, quienes continuaron la otra mitad de las sesiones en casa. Reportaron mejoras verbales, en esquemas y capacidades de comunicación y en estereotipias motoras.

2.8 APLICACIONES EN PACIENTES CON TEA

Una vez revisados los diversos conceptos sobre el autismo, la arteterapia y sus fundamentos, se describirán en este capítulo las aplicaciones de la arteterapia en pacientes con TEA.

2.8.1 ARTETERAPIA Y TEA

En la arteterapia, la creatividad se utiliza con el fin de cimentar un sentimiento de identidad y de experimentar emociones. Aleksandrovich y Zoglowek (2015) publicaron un estudio en el que documentaron que el desempeño del paciente autista y el niño con desarrollo normal tienen un nivel de desarrollo comparable bajo ciertas características de forma, tamaño y color de la creación artística, lo que le permitió inferir que la creatividad del paciente con TEA puede ser utilizada como herramienta terapéutica.

Regev y Snir (2013) redefinieron diez características esenciales del proceso arteterapéutico con niños autistas:

1. El arte como el mediador en la relación arteterapeuta-paciente.
2. La sesión arteterapéutica como espacio seguro y controlado.
3. El arte como un método adicional de comunicación en pacientes con déficit del lenguaje verbal.
4. Los materiales artísticos como activadores sensoriales.
5. Las experiencias positivas y placenteras que produce la creación artística favorecen el apego del niño al proceso arteterapéutico.
6. La creación arteterapéutica como estímulo para generar continuidad.
7. La creación artística como medio para expandir los patrones motores y cognitivos del niño.
8. El dibujo compartido como herramienta para enriquecer la comunicación.
9. El historial de creación arteterapéutica como generador de la noción de autosignificado y autoafirmación.
10. La creación arteterapéutica como vehículo para extraer al niño de su burbuja autista.

Rafferty-Bugher, Brown, Hastings y Arndt (2014) documentaron el beneficio terapéutico de diversas actividades arteterapéuticas en pacientes con TEA:

- Trazar figuras de caras: construye habilidades sociales y desarrolla confianza.
- Representación de emociones a través de colores: facilita la expresión e identificación de emociones y sentimientos.
- Crear un juego propio: facilita la interacción, las habilidades sociales y la creatividad.
- Crear un escudo: Ofrece un sentido de protección y seguridad, además de identificar fortalezas y debilidades.
- Historia en el arenero: expresión metafórica de la interioridad del paciente, experiencia sensorial relajante, favorece la concentración en una tarea.
- Dibujos y esculturas de animales: exploración del autoconcepto, resolución de conflictos.
- Dibujo y pintura Colaborativa: mejora la socialización y comunicación.
- Figuras y contornos de hilo y estambre: reduce ansiedad, mejora el trabajo por objetivos y el cuidado de los objetos.
- Ensamblaje de objetos encontrados con pistola de pegamento: permite elevar el sentido positivo de poder y control de una manera segura, facilita la transición al juego en maneras apropiadas.
- Diseño, coloreado/pintado de máscaras: permite la autoidentificación, mejora la percepción de seguridad y protección, permite conexión con la cultura del paciente.

Igualmente, documentan el impacto positivo de la arteterapia en el autismo dentro de cinco categorías:

1. Comportamiento repetitivo y estereotípico.
2. Limitaciones sensoriales.
3. Habilidades de la comunicación.
4. Habilidades de la reciprocidad y socialización.
5. Limitaciones emocionales.

Stout (2016) propone la aplicación del modelo SCERTS mediante terapias expresivas, incluyendo la arteterapia, para niños autistas:

- SC (social communication, comunicación social): objetivo terapéutico mediante el cual se desarrolla la comunicación funcional y espontánea así como habilidades para construir relaciones.

- ER (emocional regulation, regulación emocional): como el objetivo terapéutico con el que se logra un equilibrio que reduzca el estrés y la ansiedad a la vez que permite aumentar la atención del paciente y disminuir patrones motores estereotípicos.
- TS (transaccional support, apoyo transaccional): en relación al conjunto de técnicas y apoyos diseñados para modificar el entorno y aumentar la capacidad de aprendizaje de cada paciente.

Es decir que toda actividad arteterapéutica dirigida hacia el paciente autista debe contener acciones específicamente dirigidas a mejorar esas tres grandes áreas. Como puede observarse, estas áreas son equivalentes de los núcleos clínicos de anormalidad que todos los autores reconocen en el paciente autista: comunicación, socialización, estereotipias y aprendizaje.

Emery (2004) encontró que la consistencia es esencial en el trabajo terapéutico con el niño autista, dadas sus habilidades de aprendizaje por asociación. Al igual que en el niño con mecanismos de aprendizaje normales, el autista requiere de perseverancia y acompañamiento para lograr el avance de una etapa a otra.

Williams, Goldstein y Minshew (2006) han documentado que la memoria visual para ciertos materiales de trabajo artístico resulta una fuerte área de oportunidad para el niño autista. Es decir, que ante las dificultades cognitivas y comunicacionales de autistas medios y profundos, el acceso a la memoria visual constituye una herramienta sobre la cual podrán mejorar otras habilidades. Epp (2008), siguiendo esta línea de trabajo, ha propuesto que el autista infantil conserva frecuentemente la capacidad de aprendizaje visual lo cual a su vez repercute en mejoras en otras áreas incluyendo la socialización.

Beth (2008), enfatiza que el proceso arteterapéutico para pacientes con TEA debe favorecer la exploración a la vez que ser disfrutable. Diseñó un libro de actividades arteterapéuticas clasificándolas por grado de dificultad específica para el paciente autista:

Tabla 6.

Descripción de la complejidad de diversas actividades arteterapéuticas.

ACTIVIDAD	COMPLEJIDAD	ESTRUCTURA
Dibujo de emociones (aquellas que el niño identifique, a lápiz de color o plumón en una hoja que debe doblar)	Baja	Baja
Dibujo en equipo (completar un mismo dibujo entre dos personas)	Media a alta	Baja
Dibujar lo que me molesta (una situación, objeto, lugar lo que al niño le disguste en especial)	Medio	Bajo
Copiar tarjeta con mensaje e imagen inspiracional (de entre un catálogo de imágenes y mensajes)	Media a alta	Media a alta
Dibujar el animal que me gustaría ser (por la razón que el niño elija)	Media	Baja
Pintar un mural en equipo (en un área grande, en un grupo de entre 5 y 7 niños)	Bajo	Bajo
Pintar al ritmo de la música (con diferentes ritmos y tipos de música)	Bajo	Bajo
Pintar con acuarelas (con pinceles de diversos tipos)	Media	Baja
Pintar un autorretrato (con técnica libremente elegida)	Media	Media
Escultura de un animal (con materiales mixtos)	Media a alta	Media a alta
Escultura de algo muy importante para mí (con materiales y técnicas mixtas)	Media a alta	Media
Escultura de la huella de mi mano (con técnica de impresión en yeso y pintura)	Media	Media alta
Dibujo por computadora (con programas básicos)	Medio	Medio
Caja de sentimientos (caja prefabricada para decorar)	Alto	Alto

Beth, S. J. (2008). Tesis de Maestría inédita. Art Therapy Workbook for Children and Adolescents with Autism. Universidad Ursulina, USA.

2.8.2 VENTAJAS Y DIFICULTADES DEL PROCESO ARTETERAPÉUTICO EN EL NIÑO AUTISTA

Baron-Cohen (1993) documentó que el desarrollo del dibujo en un niño con TEA se relaciona directamente con su edad mental no verbal. Happé (1999) propuso el concepto de “estilo cognitivo” para describir las características de los dibujos y pinturas de niños autistas identificables por su debilidad en la coherencia global combinada con la concesión de alta importancia a los detalles.

Todo enfoque terapéutico, incluyendo la arteterapia, implica diversos grados de dificultad práctica con el paciente autista, dificultades surgidas precisamente de sus características clínicas:

1. Su dificultad para conceptualizar los pensamientos de quienes lo rodean, sus intenciones y sus emociones (Baron Cohen, 2007).
2. El déficit en sus funciones ejecutivas, que frecuentemente les impide dirigir atención y acciones hacia un objetivo definido (Landa y Goldberg, 2005.)
3. La dificultad para comprender sus propias emociones y conectarlas con la expresión de ideas y modos de afecto dentro de un escenario social real (Greenspan y Weider, 1999).
4. Hiper o hiposensibilidad en uno o varios sentidos que, junto con las anteriores dificultades, pueden hacer que el paciente no interprete adecuadamente la información que recibe, lo que a su vez dificulta la comunicación directa con quienes le rodean (Greenspan y Weider, 1999).

Martin (2009) propone a la arteterapia como una herramienta para ayudar al paciente con TEA a darle sentido a su ambiente inmediato. Posteriormente publicó un artículo que resume las dificultades y ventajas para el desarrollo de la arteterapia en el paciente autista:

- Dificultades:
 - Contaminación del proceso: la existencia de comandos verbales, señales motoras y otros factores pueden contaminar sus efectos puros, si bien este fenómeno ocurre en todos los tipos de terapias expresivas.
 - Falta de acuerdo entre diferentes grupos de trabajo sobre los conceptos para la investigación sobre arteterapia.
 - Falta de información sobre su naturaleza, alcances y procesos.
 - Factores financieros: costos y su cobertura por medio de seguros médicos.
 - Número reducido de profesionales en arteterapia.

- Ventajas
 - La mejora conductual y social del paciente autista.
 - La regulación sensorial que provee mediante la manipulación de diversos materiales artísticos.
 - Interés en las artes en relación con el autismo, lo que posibilita amplias posibilidades de crecimiento.

Greenspan y Wieder (1999) publicaron sus observaciones sobre las características positivas del entorno del autista que le permiten mejorar sus habilidades. Entre ellas, encontraron que la disponibilidad inmediata de oportunidades de interacción social acompañados de un programa educativo que incluya actividades artísticas evita que el niño se circunscriba a sí mismo o se autoestímule por largos períodos de tiempo.

Schweizer et al. (2014) publicaron una amplia revisión sobre lo que llamaron “lo que sí funciona” de la arteterapia en el autismo, concluyendo que:

1. Se trata de una terapia experiencial, capaz de proveer amplias variedades de estimulación sensorial en un entorno seguro a través de la disponibilidad inmediata de materiales y técnicas igualmente diversos.
2. Estimula el reconocimiento de formas, colores, tamaños y otros factores de relación básicos, así como habilidades más complejas como el desarrollo de ideas, habilidades motoras, orientación a objetivos y asociaciones causa-efecto.
3. Es capaz de estimular el contacto ocular activo del paciente.

Igualmente, describen las siguientes características de la aplicación clínica de la arteterapia, partiendo de un amplio análisis de publicaciones teóricas y reportes de caso:

- La experiencia del material artístico: Muchos niños autistas no exploran activamente ni flexibilizan su preferencia por algún tipo específico de material al comienzo de su tratamiento; sin embargo, la mayoría adquiere flexibilidad, explora su entorno activamente y se expresa mejor al final del tratamiento. Distinguen además dos grandes grupos de trabajo de acuerdo a la elección de materiales: aquellos arteterapeutas que se inclinan por materiales básicos como los crayones, la pintura y posteriormente la plastilina; y aquellos que trabajan con todo tipo de materiales (arenas, cerámicas, otros moldeables, textiles, etc), para ofrecer una mayor variedad de estímulos somestésicos.

- Las formas y los temas: Derivado de las características clínicas del autista, la estereotipia de temas y técnicas es evidente al inicio del proceso arteterapéutico. Los resultados del proceso creativo inicial pueden ser descritos como atemorizantes y repetitivos.
- Desarrollo de una técnica artística propia: a lo largo del proceso el autista se reconoce, expresa sus miedos y emociones, mejorando la conexión con su vida diaria.
- Comunicación Verbal y no-verbal: el autista emplea el arte como un lenguaje alternativo para compartir sus experiencias, considerando además que la creación artística representa un puente de comunicación con el arteterapeuta, lo cual crea un espacio seguro que le permite enfocar su atención y adquirir habilidades y nuevas formas de expresión. En etapas medias del proceso, el niño puede lograr contacto con los otros pacientes que le rodean y así mejora día a día su comunicación. Y aunque la arteterapia no se centra en la comunicación verbal, muchos niños desarrollan lenguaje oral sobre los materiales y la creación artística tras la convivencia arteterapéutica.

Christiansen (2013) centró su tesis de maestría en artes y consejería psicológica adleriana en los efectos neurobiológicos de la arteterapia capaces de fortalecer la autoimagen del paciente autista.

Podemos ver que aun con las dificultades que el niño autista presenta en áreas básicas del desarrollo, las actividades arteterapéuticas pueden ser aprovechadas si se dirigen adecuadamente.

2.8.3 ARTETERAPIA Y AUTISMO: OTRAS ÁREAS DE TRABAJO

El uso de arteterapia en pacientes autistas sigue siendo un campo de interés fundamental:

- Emery (2004) publicó en su experiencia en un niño de 6 años fundamentando su trabajo en la apreciación de Horovitz, Lewis y Luca (1967) en el sentido de que el niño crea arte y dibujos en base a la necesidad de relacionarse con su mundo.
- La universidad de Ohio publicó en 2005 su guía para educadores llamada Art and Autism, a través de su Departamento de Artes y Ciencias (www.autismohio.org).
- Beth (2008) publicó un libro de trabajo como conclusión de su tesis de maestría en Consejería a través del arte, diseñando programas para niños y adolescentes con autismo a través del dibujo, la pintura, la escultura y técnicas mixtas.

- Thorogood publicó en 2009 su tesis de maestría en Consejería Psicológica centrada en el diseño de un manual de trabajo arteterapéutico para pacientes con Asperger en el Centro de Psicología Aplicada de la Universidad de Athabasca, en Canadá.
- Cortina y Fazel (2015) basaron su evaluación del Cuarto de Arte (un proyecto escolar centrado en arteterapia) en las características del arte aplicado a la psicoterapia que permiten a los niños con problemas emocionales mejorar su pensamiento creativo y sus relaciones sociales.
- Reus publicó en 2016 un extenso artículo sobre el Arteterapia en personas con Autismo, en el que incluyó un reporte de casos con pacientes españoles.

Respecto al entorno donde se desarrolla el proceso arteterapéutico, Schweizer et al. (2014) encontraron que alrededor de un 60% de las sesiones que revisaron fueron realizadas en ambientes escolares, incluyendo centros especializados para el autista, centros de educación especial y unidades de atención a niños discapacitados. El restante 40% se realizó en domicilios de pacientes, clínicas ambulatorias, práctica privada, estudios de arte y campamentos de verano.

Martin (2008) propone que, al reunir una colección de dibujos realizados bajo condiciones estandarizadas por pacientes con TEA, los arteterapeutas podrán establecer conclusiones sobre la naturaleza de la creación artística en el autismo.

Dunphy, Mullane y Jacobsson (2013) realizaron una revisión de la literatura relativa a diversas terapias expresivas, concluyendo que si bien es recomendable mayor investigación al respecto, el uso clínico de la arteterapia ha demostrado ser efectivo en diversos campos de la salud.

Puede observarse una intensa y continua actividad en la investigación del papel de la arteterapia en el autismo y la enfermedad de Asperger, cuyos resultados tienen diversas orientaciones: es destacable la producción de material educativo dirigido hacia los educadores, teniendo en cuenta que las características tempranas del autismo son con frecuencia inadvertidas. Es de igual importancia la inclusión de actividades arteterapéuticas en el entorno educativo del niño, lo cual puede potenciar sus habilidades y mejorar significativamente su desarrollo.

2.9. INVESTIGACIONES Y PUBLICACIONES DESDE DIVERSAS ÁREAS

La arteterapia continúa desarrollándose desde enfoques y en contextos clínicos diversos, lo que comprueba su multidisciplinariedad y la importancia que investigadores y grupos de trabajo nacionales e internacionales le conceden:

- González (2008) presentó su tesis de maestría en psicodiagnóstico por la Universidad pedagógica Nacional con el título “Estrategias lúdicas en los procesos de aprendizaje del niño con el síndrome de Asperger”, en el que incluyó actividades arteterapéuticas con un diseño específico para un paciente ya diagnosticado con Asperger.
- Briseño (2005) presentó una tesina de licenciatura por parte de la Escuela Nacional de Artes Plásticas de la UNAM titulada “Arteterapia”, basada en un proyecto arteterapéutico para adolescentes en el contexto de un campamento educativo, incluyendo diversas formas de terapias expresivas para favorecer la reflexión y disminuir el estrés.
- Collete (2006) documentó la aplicación de arteterapia en pacientes con cáncer en etapa terminal, invitándolos a luchar contra sus “dañadores” en la intuición de que pueden hallar “reparadores” simbólicos durante la creación arteterapéutica en su tesis titulada “Hasta llegar, la vida: Arte-terapia y cáncer en fase terminal”.
- Zenil y Alvarado (2007) publicaron su tesis llamada “La terapia del arte como herramienta psicoterapéutica en pacientes con cáncer”, en la que reportaron los resultados de la aplicación de un proceso arteterapéutico como parte del tratamiento multidisciplinario del dolor en pacientes oncológicos, encontrando mejoras en la autopercepción del dolor y en la reintegración social.
- González, Reyna y Cano (2009), publicaron sus experiencias con niños portadores de diversos tipos de cáncer en el artículo “Los colores que hay en mí: una experiencia de arteterapia en pacientes oncológicos infantiles y cuidadores primarios”, documentando que la arteterapia funciona como motor de búsqueda y expresión personal a la vez que como facilitador de la expresión de emociones y afrontamiento y como medio de inclusión social.
- Gallardo, Padrón, Martínez, Barragán, Passaye, García y Aguilar (2010), publicaron los resultados de aplicar un programa multimodal de arteterapia en niños mexicanos en edad escolar con déficit de atención, que incluyen cambios conductuales y cognitivos

significativos, en su artículo “El arte terapia como tratamiento del trastorno por déficit de atención en una muestra de escolares mexicanos”.

- Reyna, González y López (2011), publicaron el artículo “Un mapa para llegar a la vida: estudio de caso de un niño con leucemia mediante arteterapia”, en el que reportaron que el proceso creativo favoreció el aprendizaje de formas de afrontamiento de la enfermedad y la convalecencia de un paciente de leucemia.
- Tucker y Treviño (2011), publicaron su experiencia en un grupo de víctimas de violencia doméstica tratadas con arteterapia, concluyendo que la creación arteterapéutica es un vehículo de comunicación no verbal no menos expresivo que otros tipos de lenguaje, en el artículo “An Art Therapy domestic violence prevention group in Mexico”
- Potash (2011) publicó en el artículo “Art Therapists as Intermediaries for Social Change” sus conclusiones sobre la arteterapia como un mediador del cambio social a través del autoconocimiento del individuo y la mejora de su empatía, lo que a su vez posibilita su integración a la sociedad.
- Maher (2013) documentó en el artículo “The effectiveness of art therapy on social anxiety disorder” la efectividad de un programa arteterapéutico en pacientes con síndrome de ansiedad secundaria a actividades sociales.
- Arzaluz (2014) presentó su tesis de licenciatura por la facultad de psicología de la UNAM, titulada “Propuesta de un programa de Terapia Artística para modificar creencias irracionales en mujeres con depresión” y centrada en la propuesta de intervención para modificar esas creencias.
- Besa y Ponce (2014) publicaron su experiencia mediante sesiones grupales de arteterapia grupal en población infantil y juvenil en un centro comunitario de salud mental, encontrando mejoras en la comunicación e integración familiar de sus pacientes, en el reporte de casos “Arte Terapia grupal infanto-juvenil en un Centro Comunitario de Salud Mental Familiar”.
- Nogues (2014) presentó su tesis de especialización en audiología, otoneurología y foniatría por la facultad de medicina de la UNAM en un entorno hospitalario, titulada “Aplicación de P300 en escolares mexicanos con trastorno por déficit de atención e hiperactividad antes y después del tratamiento con metilfenidato y arteterapia”, en la que midió los cambios

neurofisiológicos de escolares mexicanos con déficit de atención después de una intervención arteterapéutica y farmacológica.

- Pineda (2015) presentó su tesina de licenciatura en psicología por la FES Iztacala de la UNAM llamada “Musicoterapia como herramienta de intervención en el Trastorno del Espectro Autista (TEA)”, basada en un programa de intervención para pacientes con TEA en el que incluyó la propuesta de integrar sesiones de dibujo y danza a la musicoterapia para mejorar las áreas débiles del paciente autista.
- Guerrón (2015) publicó su tesis llamada “Guía didáctica de estrategias en arteterapia para el trabajo con adolescentes entre las edades 16-18 años que presentan ansiedad del colegio fiscal “Octavio Cordero Palacio”, integrando una serie de estrategias arteterapéuticas para pacientes jóvenes con ansiedad, incluyendo el uso de materiales diversos desde el dibujo a lápiz hasta la creación de una máscara, documentando claras disminuciones en los niveles de ansiedad al final del taller arteterapéutico.
- Montoya y Pérez (2015) presentaron su tesis de licenciatura por el Tecnológico Universitario de México, titulada “Arteterapia como herramienta en la intervención y prevención de bullying en un grupo de tercero de primaria”, diseñando un programa de intervención con arteterapia para prevención del *bullying* en estudiantes de tercer año de primaria.
- Dirigidas al apoyo de los padres de niños con TEA, se presentaron dos tesinas de licenciatura por la facultad de Psicología de la UNAM: Simón (2015) propuso un taller de consejería y vigilancia en el “Taller de acompañamiento para padres de niños con autismo. y Gerardo (2017), con un proyecto llamado “Manejo del duelo en padres de niños diagnosticados con Trastorno del Espectro Autista: propuesta de intervención” centrado en la integración taller de manejo y resolución de duelo.
- Darewych, Carlton y Farrugie (2015) documentaron en su artículo “Digital technology use in art therapy with adults with developmental disabilities” el empleo de tecnología digital en arteterapia en adultos con discapacidades cognitivas, concluyendo que pueden obtenerse los mismos resultados positivos que con materiales arteterapéuticos tradicionales.
- Espinosa (2016) presentó su tesis de licenciatura en psicología por la Facultad de Medicina de la UNAM, titulada “Propuesta de un taller de arteterapia para adultos con Depresión

moderada desde el enfoque junguiano”. En ella documentó un proyecto arteterapéutico dirigido hacia pacientes con depresión moderada que presentaron mejoras significativas.

- Marinovic (2016) publicó en el artículo “Efectos del 11/09/01 en la imaginación onírica visual y el arte” su experiencia de realizar talleres de arteterapia relacionada al contenido simbólico de los sueños en artistas y estudiantes expuestos al ataque terrorista de septiembre de 2011 en Nueva York.
- Campos y Navarrete (2016) presentaron su tesis titulada: Taller de Prevención de Suicidio con Técnicas de Arte Terapia en Adolescentes del Bachillerato "Sabes", en la que proponen un taller de prevención de suicidio en adolescentes con técnicas de arteterapia.

Independientemente del abordaje y enfoque adoptado por el arteterapeuta, todas las líneas de aplicación tienen en común, de acuerdo con Arcuri (2004), al proceso creativo como el instrumento esencial para la reconciliación de conflictos emocionales. La creatividad es el principio común y básico de todas las metodologías de Arteterapia existentes (Gonçalves, 1995).

En este apartado pudimos comprobar que áreas tan diversas como la neurofisiología, la psicología social y el psicoanálisis consideran al proceso arteterapéutico como un potente modificador positivo de conductas y emociones. Me parece sobresaliente la inclusión de actividades dirigidas a los padres de niños autistas, quienes en efecto presentan duelos y dudas respecto al tratamiento de sus hijos, las mismas que al ser resueltas promoverán el mejor desarrollo del niño. Destaca también la actualización de la arteterapia hacia el mundo del diseño digital, considerando que actualmente muchos niños disponen de dispositivos electrónicos con programas de dibujo y pintura, los cuales pueden representar una gran oportunidad para el desarrollo de tecnología arteterapéutica.

2.10 PROPUESTAS NACIONALES: TESIS Y TESINAS

En el ámbito nacional, en años recientes han sido publicadas las siguientes tesis que documentan el empleo de la arteterapia desde diversos enfoques:

- En 2008, Durán publicó su reporte laboral para titulación de la licenciatura en psicología educativa de la Universidad Pedagógica Nacional con la experiencia en “La posibilidad de crear y reproducir un mundo sin imaginar: taller de pintura para niños con autismo”.

- En 2011, Peralta presentó su tesis de licenciatura de la licenciatura en Psicología Educativa de la Universidad Pedagógica Nacional con el tema “Intervención psicoeducativa para desarrollar el lenguaje en un niño de 4 años con Autismo”, incluyendo dentro de su programa actividades arteterapéuticas.
- Rodríguez (2015) presentó su tesina de licenciatura en psicología por la Facultad de Psicología de la UNAM llamada “Propuesta de intervención para establecer normas y límites en el aula en niños con Trastorno del Espectro Autista”, en la que propone un proyecto de intervención escolar para establecer límites y normas en el aula en niños con TEA a través de actividades diversas incluyendo arteterapia.
- En 2015, Durán Franco presentó su tesis de licenciatura en psicología de la UNAM con el tema “Historietas narradas por niños con TEA”, basada en un programa en el cual niños con autismo funcional realizan una narrativa de historias visuales que analizó desde el punto de vista de las funciones ejecutivas por edad del niño.
- Sánchez (2015) presentó su tesina de licenciatura en psicología por la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza de la UNAM, titulada “La arteterapia como alternativa en el manejo de las emociones en los niños” enfocándose a la aplicación de arteterapia como una herramienta para favorecer la expresión y control emocional de los niños en una extensa revisión de la literatura
- En 2017 se presentaron tres tesis de licenciatura en los cuales se incluyen temas de arteterapia desde diversos enfoques:
 - Melo, del Instituto Tecnológico de México, con el tema “Autismo: Intervención y Centro de Atención en el área metropolitana”, en el que analiza la disponibilidad de centros especializados en autismo en la ciudad de México y área conurbada.
 - Ontiveros, sobre los “Aportes de la Intervención en el área del Lenguaje y la Comunicación en niños con TEA”, en el que incluye imágenes y apoyos visuales para la adquisición y mejora del lenguaje verbal de pacientes autistas.
 - Meléndez, de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza con una “Revisión Actual de los Tratamientos empleados en el TEA”, en la que concluye que las intervenciones conductuales tienen mayor evidencia de eficacia comparadas con la arteterapia.

El creciente número de tesis, tesinas y reportes laborales es un indicador del interés que despierta la arteterapia. Dos aspectos me resultan de especial interés: las propuestas de inclusión de actividades arteterapéuticas en los contextos educativos, y los proyectos que demuestran la capacidad de la arteterapia para promover el lenguaje oral del niño autista.

Incluso otras disciplinas han propuesto su propio enfoque sobre la arteterapia:

- Ducatel (2012) presentó su tesis de maestría en Ciencias con Orientación en Gestión e Innovación del Diseño por la facultad de Arquitectura de la Universidad Autónoma de Nuevo León, enfocándose hacia la importancia de los procesos artísticos para el desarrollo y bienestar de grupos sociales en vulnerabilidad.
- Campostrini (2013) presentó su tesis de licenciatura en Diseño Gráfico en la Universidad Abierta Interamericana, con el tema Diseño Gráfico como instrumento para la detección temprana y educación de niños con autismo.
- Méndez (2013) presentó su tesis de licenciatura por la Escuela Nacional de Artes Plásticas con el tema “El Museo de lo Perdido: arte-terapia-sociedad”, proponiendo a la creación artística como un medio para la resolución de diversos tipos de duelo.
- Ruelas (2014) presentó su tesis de maestría en artes con orientación en artes visuales de la Universidad Autónoma de Nuevo León, con el tema “Técnicas artísticas como herramientas auxiliares en el desarrollo expresivo de alumnos con discapacidad intelectual: taller de arteterapia como campo de estudio”.
- Ramírez (2016) presentó su tesis de licenciatura en Economía por la UNAM con un modelo de negocio para la atención, rehabilitación y apoyo a niños autistas. Su propuesta integra los esfuerzos del sector público con la inversión privada.
- Molina (2017) presentó su tesis de licenciatura en Arquitectura en la UNAM con un proyecto de Centro de Educación Profesional para personas con Autismo, dada la necesidad de recibir capacitación especializada para pacientes con TEA.

Como puede observarse, la búsqueda de métodos terapéuticos para abordar las dificultades sociales y comunicacionales del paciente autista hace que diversas instituciones generen propuestas e investigaciones basadas en la arteterapia. Sería de gran utilidad mantener un proyecto de investigación a largo plazo para valorar los alcances de un proceso arteterapéutico en pacientes con

TEA con diversos grados de funcionalidad, con la finalidad de estandarizar sus contenidos y dinámicas.

2.11 ARTETERAPIA EN MÉXICO

En México la arteterapia es relativamente novedosa: el Centro Integral de Terapia del Arte (CITA), fundado en 2005 por Glenda Nosovsky, fue también la primera institución formadora de arteterapeutas certificados por la Universidad Nacional Autónoma de México. A lo largo de los últimos años, ha aumentado la oferta clínica y académica de arteterapia:

- El Taller Mexicano de Arteterapia AC, donde las sesiones de trabajo pueden ser individuales o grupales dependiendo de las características de cada paciente. En términos generales, la sesión individual tiene una duración de 1 hora y mientras la sesión grupal 2 horas en conjuntos con cupo máximo de 6 personas.
- Arterapia DF, donde tienen programas de vinculación interinstitucional y talleres dirigidos a los padres de niños con diversos problemas emocionales y del desarrollo incluyendo autismo.
- Ollinahui, donde disponen de espacios para arteterapia grupal e individual con enfoque sistémico.
- El taller dominical de Arterapia de la UNAM, que se realiza en las Islas a las doce del día.

Existe además una amplia oferta académica de arteterapia a través de cursos, diplomados y especializaciones ofrecidas por instituciones educativas nacionales públicas y privadas:

- a. El diplomado de terapia del arte de la Facultad de Estudios Superiores campus Zaragoza de la UNAM.
- b. El diplomado “Abriendo caminos con creatividad, arte y arteterapia” de la UAM plantel Xochimilco.
- c. El diplomado del Centro de Especialidades Psicoterapéuticas.
- d. El diplomado del Instituto Mexicano de Psicoterapia de Arte impartido junto con la Universidad de Loyola Marymount.
- e. El Taller “Hacia una mirada interior” de la asociación Vinculae.

La creación de nuevos espacios para la aplicación de arteterapia es un claro reflejo de su importancia como herramienta terapéutica. Asimismo, la inclusión del tema como materia de posgrado y especialización demuestran las acciones que se realizan en nuestro país para profesionalizar un área relativamente novedosa.

En el presente capítulo se realizó una amplia revisión sobre la literatura más relevante y reciente sobre arteterapia, incluyendo una breve reseña histórica y sus ramificaciones en diversas áreas de la psicología y la salud. La búsqueda de tesis y la reseña sobre la situación de la arteterapia en nuestro país me fueron de gran utilidad para la comprensión del panorama real donde se practican las terapias expresivas.

Son destacables los puntos comunes que prácticamente todos los autores reconocen en el proceso arteterapéutico: la libertad intrínseca que posee, sus posibilidades de éxito para ciertos grupos de población y la importancia de centrarse en favorecer el crecimiento del paciente.

Todos los autores coinciden igualmente en que no existe una estructura metodológica rígida para el ejercicio de la arteterapia, así como en que el objetivo común de las primeras sesiones es generar un clima de confianza necesario para disminuir la ansiedad de niños y padres. El proyecto arteterapéutico debe promover un espacio protegido para que el niño con TEA se exprese libremente y, al expresarse, mejoren otras capacidades de su desarrollo general.

Queda igualmente claro que el proyecto arteterapéutico tiene múltiples formas y estructuras, que puede desarrollarse en contextos y ambientes muy diversos; que brinda resultados positivos aun utilizando recursos materiales relativamente simples y económicos, y que puede ser enriquecido con otras herramientas como la musicoterapia y la danzaterapia.

Es por ello que, apoyados en las investigaciones y experiencias que han sido revisada, he realizado una propuesta que conserve el carácter libre y espontáneo del proceso arteterapéutico para el tratamiento de pacientes autistas. Serán aprovechadas otras de sus características ya comprobadas, como la mejora en la comunicación y socialización que otorga el hecho de conducir un proyecto en par o en equipo y la duración del tratamiento será ajustada a varias etapas cuya duración será similar a la de algunos estudios ya documentados.

Se elegirá como medio arteterapéutico a la expresión gráfica y plástica puras, sin incluir otras formas de terapia expresiva (música, movimiento, drama).

Tampoco serán incluidos otros medios que pertenecen más al terreno de la pedagogía como la proyección de videos, ni el diseño en plataformas digitales para privilegiar la experiencia multisensorial durante el proceso arteterapéutico que se propone. Por último, se enfatizará en el papel activo del facilitador/a arteterapeuta para obtener los mejores resultados del programa que se propone.

Se conjuntan en ésta propuesta dos grandes áreas: por un lado, las características clínicas que definen al paciente autista (dificultades sociales, comunicacionales, motoras y cognitivas), y por otro la arteterapia, una herramienta clínica con probadas capacidades de mejora en este grupo de pacientes.

CAPITULO 3. – PROGRAMA DE INTERVENCIÓN:

LA ARTETERAPIA COMO MODIFICADOR CONDUCTUAL EN NIÑOS Y NIÑAS DE ENTRE 6 Y 10 AÑOS DE EDAD CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

3.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Es la Arteterapia un modificador conductual efectivo y adecuado para niños y niñas diagnosticados con TEA?

La investigación documental sobre el TEA y la arteterapia demuestra que relativamente pocas publicaciones incluyen ambos temas de interés: si bien hay muchas intervenciones para los pacientes con autismo hay un reducido número de reportes para la arteterapia, por lo menos en México. Otros países latinoamericanos -como Brasil y Chile- también han mostrado interés y progresos en esta modalidad terapéutica. En esta investigación se propone que sea la arteterapia la herramienta que el psicólogo utilice para el tratamiento del paciente infantil con TEA, ya que al ser una terapia expresiva que incluye colores, formas, texturas y diversos materiales es atractiva y enriquecedora no sólo para el paciente autista sino también para otros pacientes, los padres y/o acompañantes e incluso para el profesional de la salud.

3.2.OBJETIVOS

3.2.1 OBJETIVO GENERAL

Modificar, potenciar y desarrollar en niños y niñas con TEA aquellas conductas que les permitan una inclusión familiar y social a través de un taller semiestructurado de Arteterapia en la Facultad de Psicología de la UNAM como espacio intermedio entre el niño y la realidad, cuyo diseño permanecerá centrado en mejorar la motricidad, la expresión y la socialización de los participantes, a través del uso de diversos materiales, texturas, formas y colores.

3.2.2 OBJETIVO INTERMEDIO:

Demostrar que la aplicación terapéutica de la creación artística genera un espacio y un diálogo con componentes verbales y no verbales dentro de los cuales los niños y niñas con TEA mejorarán su comunicación, su psicomotricidad y su socialización, y, de esa forma, facilitar su integración familiar y social.

3.2.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Mejorar la psicomotricidad de niños y niñas con TEA mediante la creación de dibujos, pinturas y otras actividades artísticas.
2. Fomentar la expresión gráfica y emocional de niños y niñas con TEA mediante la creación de dibujos, pinturas y otras actividades artísticas.
3. Facilitar la socialización de niños y niñas con TEA a partir de la interacción con sus compañeros de taller y el/la facilitador(a) durante la creación de dibujos, pinturas y otras actividades artísticas.

3.3 UNIVERSO

3.3.1. Población: muestra aleatoria de seis pacientes (tres niños, tres niñas) de entre seis y diez años de edad previamente diagnosticados con una categoría de TEA comparable y de características clínicas relativamente uniformes.

3.3.2. Espacio: salón de usos múltiples de la Facultad de Psicología de la UNAM equipado con sillas, mesas y gabinetes infantiles.

3.3.3 Recursos Materiales:

- Papel reciclado para artes gráficas:
 - Cartulina.
 - Hojas blancas y/o de colores.
- Crayones.
- Acuarelas.
- Gises de colores.
- Pintura digital.
- Pintura infantil.

- Pinceles y brochas.
- Colores de madera.
- Marcadores y plumones de colores.
- Reglas y escuadras.
- Tijeras de uso infantil.
- Adhesivos de uso infantil.
- Revistas de reuso.
- Fotografías de la familia.
- Plastilina y masas moldeables infantiles.
- Yeso de secado rápido.
- Dos cajas de cartón recicladas.
- Aceite mineral.
- Estambre de colores.
- Espejo de cuerpo entero.

3.3.4 Recursos Humanos.

- Psicólogo/a facilitador/a de arteterapia.

3.3.5 Encuadre:

- Salón de usos múltiples equipado con sillas, mesas y gabinetes infantiles en los cuales se encuentran a la vista y alcance del niño los materiales gráficos.
- Todos los materiales gráficos, ordenados y agrupados en contenedores rotulados con el nombre del material.
- El niño, sus padres y el facilitador deben portar una bata de protección.

3.3.6 Actividades:

- Sesión Informativa para padres y participantes.
- Aplicación individual del IDEA en fase INICIAL.
- Aplicación de Encuesta Inicial para padres (anexo 3).
- Identificación de niños con alto, medio y bajo nivel funcional.
- Actividades arteterapéuticas en Sesiones Grupales: dos participantes de nivel funcional indistinto por sesión de hora y media.
- Clasificación y archivo del material producido por los niños.

- Memoria fotográfica del material producido por los niños, previa autorización de los mismos y sus padres.
- Duración del taller: 12 sesiones en frecuencia de 3 por semana.
- Cierre del Taller.
- Aplicación individual del IDEA en fase FINAL.
- Aplicación de Encuesta Inicial para padres FINAL.
- Integración de Reportes.

3.3.7 Funciones psicomotoras evaluables y estimulables:

- Actividad Motora Gruesa: caminar, sentarse, mantener una postura, alcance de materiales.
- Actividad motora fina: sujeción de objetos pequeños, trazos y dibujos con diversos grados de precisión.
- Cognitivas: Autoesquema corporal, atención, elección de materiales adecuados, planeación de una actividad.
- Afectivas: Reconocimiento y expresión emocional.
- Sociales: Comunicación e interacción.

3.4 CONSIDERACIONES ÉTICAS (EMITIDAS POR LA SOCIEDAD MEXICANA DE PSICOLOGÍA, CITADAS EN GARCÍA Y MAYA 2009):

- Justicia, Responsabilidad y Consentimiento Informado: Para garantizar la seguridad y la libertad de decidir participar en el taller, se obtendrá la firma de los padres o tutores del niño previa reunión en la que se explican a detalle los diversos aspectos del taller.
- Desengaño: En la misma reunión previa al arranque del taller, deberá solventarse cualquier duda y concepto potencialmente erróneo que tengan los padres sobre cualquier aspecto del taller, en especial sobre los resultados del programa de intervención y el uso de la información recabada durante el mismo.
- Libertad de Coerción: Entendida como la libertad de participar en el taller así como de suspender en cualquier momento su participación en el mismo.

- Confidencialidad: Todos los datos obtenidos serán manejados en forma cerrada y confidencial.
- Lenguaje: Se emplearán los términos “niño” o “paciente” para referirse en los informes a los participantes en el taller, mientras que se les llamará por su nombre durante sesiones y entrevistas.

3.5 MÉTODO

La población será invitada a participar a través de anuncios impresos colocados en la facultad de Psicología de la UNAM y en sus clínicas periféricas. De ser necesario, la misma invitación en versión electrónica se publicará en redes sociales hasta reunir el tamaño de la muestra (un mínimo de seis y un máximo de doce pacientes de entre 6 y 10 años de edad diagnosticados con TEA en un estado funcional relativamente equiparable). Se mantendrá un esquema flexible en la integración de la muestra para procurar no rechazar a ningún paciente que responda a la invitación: todos los pacientes quienes respondan a la invitación serán ingresados al taller, en forma independiente a su desarrollo psicomotor.

Una vez integrado un grupo inicial de pacientes, se fijará la fecha para una sesión preliminar de carácter informativo destinada únicamente a los padres, en la que se explicarán los fundamentos de la arteterapia y su utilidad en pacientes con TEA. El grupo de trabajo definitivo se integrará con los pacientes cuyos padres decidan involucrarse en el proyecto.

En esta sesión se entregará a los participantes la Encuesta Inicial para Padres, que servirá como punto de partida de la percepción de los padres sobre el desarrollo de sus hijos, a la vez que se fijan fechas para la aplicación escalonada del IDEA en cada uno de los niños. Una vez que todos han sido evaluados mediante la Entrevista para Padres y el IDEA, se formarán subgrupos de acuerdo a la funcionalidad del paciente autista. Y, con esta estadificación, se dará inicio formal a las actividades arteterapéuticas de acuerdo a la carta descriptiva que se detalla mas adelante.

Es importante mencionar que la duración de las sesiones se estandarizó a hora y media, sin embargo tanto como su duración como el número de participantes por sesión (grupos de dos) se mantendrán siempre flexibles de acuerdo a las características económicas y del desarrollo de cada uno de ellos, la sesión podrá ser reducida al mínimo de tiempo y tipo de actividades que tolere el niño, así como

ajustada a individual, en pareja o en grupo de acuerdo a la tolerancia y respuesta de cada uno de los participantes ante las primeras sesiones de trabajo. Invariablemente, al menos uno de sus padres, familiar responsable o cuidador acudirá acompañando al participante en cada sesión del taller.

El/la facilitador/a arteterapeuta mantendrá una actitud proactiva y equilibrada, atenta a las necesidades, fortalezas y debilidades de los niños para brindar el debido soporte y guía a niños y sus acompañantes. Detectará en forma inmediata los factores causantes de ansiedad en el niño y los sustituirá por materiales y técnicas diversas, capaces de promover la creación artística semiestructurada.

Todo el material producido por los niños será entregado a los padres como se recomienda en todos los talleres, solicitando su autorización para integrar una memoria fotográfica tanto del proceso como del proyecto terminado.

Una vez concluidas las actividades arteterapéuticas, se entregará a los padres la Encuesta Final y se escalonará la aplicación de la versión final del IDEA. Ambos resultados serán comparados para cada paciente:

(Resultado de IDEA Inicial) - (Resultado de IDEA Final) = Diferencia atribuible al taller.

(Resultado de Encuesta para Padres Inicial) - (Resultado de Encuesta para Padres Final) = Diferencia atribuible al taller.

Ciertos rasgos clínicos de especial preocupación para los padres serán analizados para cada paciente y presentados en gráficas para su mejor comprensión, a demás hay que especificar por cada paciente como era la conducta observable; es decir, si la conducta no existía y ahora ya es presente, si la conducta está y ahora mejoró o bien si la calidad de dicha conducta cambio positiva o negativamente con la aplicación del taller, por ejemplo:

REACTIVO: ¿Su hijo/a imita palabras o sonidos cuando usted desea que él/ella lo haga?

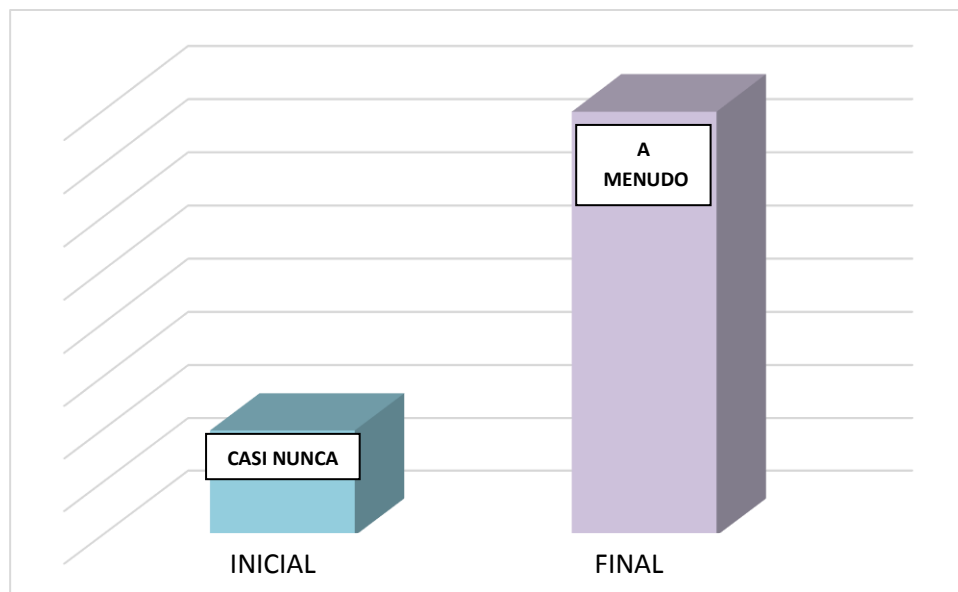


Figura 8. Comparación de la evaluación inicial y final en el reactivo de imitación de palabras o sonidos.

Con los resultados obtenidos, se integrará el Informe de Devolución en forma individual, además de integrar un informe general del Taller centrado en los cambios observables que presentaron los niños que en él participaron.

3.5.1 CARTAS DESCRIPTIVAS

CARTA DESCRIPTIVA / ACTIVIDAD DE PREVENCIÓN



NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:	TALLER SEMIESTRUCTURADO DE ARTETERAPIA EN PACIENTES CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA		
ELABORADO POR:	KARLA ALICIA KARAM DÍAZ	RESPONSABLE ACADÉMICO:	INDA SÁENZ
NÚMERO DE SESIONES:	12 (DOCE)	FECHAS:	03 Y 06 DE SEPTIEMBRE DE 2018
OBJETIVO GENERAL:	Modificar, potenciar y desarrollar en niños y niñas con TEA aquellas conductas que les permitan una inclusión familiar y social a través de la generación de un espacio intermedio entre el niño y la realidad, cuyo diseño permanecerá centrado en mejorar la motricidad, la expresión y la socialización de los participantes a través del uso de diversos materiales, texturas, formas y colores		

SESIÓN:	01 – 03 de 12	OBJETIVO(S) DE LA SESIÓN:	Presentación del taller, objetivos, reglas de interacción, conocimiento de espacio y materiales
			Inicio de la actividad arteterapéutica en niños que así lo toleren

TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDADES/TÉCNICAS DIDÁCTICAS	DESCRIPCIÓN/PROCEDIMIENTO	MATERIALES	TIEMPO
INTRODUCCIÓN AL TALLER	a. Establecer contacto directo con los materiales y técnicas de trabajo	Invitar verbalmente a los niños y sus padres a observar cercanamente, tocar y conocer las propiedades de los diversos materiales gráficos	Presentación al niño, en recipientes ordenados y sobre la mesa de trabajo, de los materiales arteterapéuticos con la invitación a utilizarlos. Este contacto directo le permitirá ajustar sus niveles de ansiedad y estrés, además de constituir el punto inicial de la construcción del entorno seguro	Lápices de colores Crayones Pintura Digital Pinceles y brochas Hojas de papel reciclado en diversos tamaños Papeles y cartulinas de dibujo en diversos tipos Mesa de Trabajo Bata protectora	90 minutos por sesión
	b. Identificación de materiales y técnicas con las cuales el niño se involucra pasiva y activamente	Sustituir inmediatamente los materiales ante los cuales el niño reacciona con ansiedad, estrés y/o rechazo	Creación de una imagen libre en conjunto con la técnica gráfica que los niños elijan, sobre media cartulina trabajando en la mesa o en el piso		
INICIO DE LA ACTIVIDAD ARTETERAPÉUTICA	c. De acuerdo al nivel funcional del niño: inicio de actividades de expresión artística	Dibujo Coloreado Pintura	Dibujar el objeto o la situación elegida por el niño con materiales básicos, permitiendo su libre expresión y la creación de tantos ensayos y dibujos como tolere.		
			Dibujar y colorear una cara humana (la propia a través de un espejo y posteriormente la del compañero de trabajo) en una hoja de tamaño regular con los materiales de elección del niño.		



CARTA DESCRIPTIVA / ACTIVIDAD DE PREVENCIÓN

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:	TALLER SEMIESTRUCTURADO DE ARTETERAPIA EN PACIENTES CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA		
ELABORADO POR:	KARLA ALICIA KARAM DÍAZ	RESPONSABLE ACADÉMICO:	INDA SÁENZ
NÚMERO DE SESIONES:	12 (DOCE)	FECHAS:	10, 13 y 17 DE SEPTIEMBRE DE 2018
OBJETIVO GENERAL:	Modificar, potenciar y desarrollar en niños y niñas con TEA aquellas conductas que les permitan una inclusión familiar y social a través de la generación de un espacio intermedio entre el niño y la realidad, cuyo diseño permanecerá centrado en mejorar la motricidad, la expresión y la socialización de los participantes a través del uso de diversos materiales, texturas, formas y colores		

SESIÓN: 04 - 06 de 12	OBJETIVO(S) DE LA SESIÓN:	Conducción del proceso arteterapéutico en formato libre o como proyecto de acuerdo a la capacidad del paciente: recolección de información adicional sobre conductas e identificación de áreas de fortaleza en actividad motora, comunicación, interrelación, contacto ocular y lenguaje
		Redirección de procesos y sustitución de técnicas y materiales en niños con baja interacción con el entorno arteterapéutico

TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDADES/TÉCNICAS DIDÁCTICAS	DESCRIPCIÓN/PROCEDIMIENTO	MATERIALES	TIEMPO
CONDUCCIÓN DE LA ACTIVIDAD ARTETERAPÉUTICA	Proporcionar a los participantes la guía y el soporte para realizar actividades artísticas de mayor complejidad para obtener mayores grados de participación motora, de comunicación y social	Pintura libre o copiado de una imagen con pinceles y/o pintura digital	Reproducir una imagen seleccionada por el niño de entre al menos cinco postales ofrecidas por los padres y el facilitador	Lápices de colores Crayones Pintura Digital Pinceles y brochas Hojas de papel reciclado en diversos tamaños Papeles y cartulinas de dibujo en diversos tipos Mesa de Trabajo Bata protectora	90 minutos por sesión
		Pintura en equipo con pinceles y/o pintura digital	Creación conjunta de una imagen libre con la técnica gráfica que los niños, en equipos de dos o tres, elijan libremente, sobre media cartulina, trabajando en la mesa o en el piso.		
	Inicio de actividades de expresión artística en los niños que ocuparon mayor tiempo en generar contacto con entorno y materiales	Creación en equipo de un mural con tema y técnicas libres,	Creación conjunta de una imagen con técnica libre realizado en gran formato sobre 3 cartulinas unidas y colocadas en la pared.		



CARTA DESCRIPTIVA / ACTIVIDAD DE PREVENCIÓN

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:	TALLER SEMIESTRUCTURADO DE ARTETERAPIA EN PACIENTES CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA		
ELABORADO POR:	KARLA ALICIA KARAM DÍAZ	RESPONSABLE ACADÉMICO:	INDA SÁENZ
NÚMERO DE SESIONES:	12 (DOCE)	FECHAS:	20 Y 24 DE SEPTIEMBRE DE 2018
OBJETIVO GENERAL:	Modificar, potenciar y desarrollar en niños y niñas con TEA aquellas conductas que les permitan una inclusión familiar y social a través de la generación de un espacio intermedio entre el niño y la realidad, cuyo diseño permanecerá centrado en mejorar la motricidad, la expresión y la socialización de los participantes a través del uso de diversos materiales, texturas, formas y colores		
SESIÓN: 07 - 08 de 12	OBJETIVO(S) DE LA SESIÓN:	Dar continuidad y añadir complejidad a las actividades arteterapéuticas a tolerancia de los participantes	
		Recolección de información adicional sobre conductas e identificación de áreas de fortaleza en actividad motora, comunicación, interrelación, contacto ocular y lenguaje	

TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDADES/ TÉCNICAS DIDÁCTICAS	DESCRIPCIÓN/PROCEDIMIENTO	MATERIALES	TIEMPO
CONDUCCIÓN DE LA ACTIVIDAD ARTETERAPÉUTICA	a. Dar continuidad al proceso creativo considerando que la complejidad de las actividades aumentará de acuerdo al nivel funcional de cada paciente.	Pinta tus emociones	Dibujar y/o pintar en una hoja carta doblada a la mitad una emoción en cada media hoja, titulándola con el nombre de la emoción representada, utilizando tantas hojas como emociones pueda representar el niño.	Lápices de colores Crayones Pintura Digital Pinceles y brochas	90 minutos por sesión
		Collage: Mi familia y yo	Realizar una fotocomposición (collage) que representa al niño y su familia en un entorno que resulte placentero para el paciente, utilizando algunas fotografías familiares y otros elementos extraídos de revistas e incluso dibujados. <i>Requiere de especial vigilancia por parte de los padres y el facilitador por la manipulación de tijeras y la sensación de ansiedad y/o rechazo que la textura de los adhesivos puede generar en algunos pacientes.</i>	Hojas de papel reciclado en diversos tamaños Papeles y cartulinas de dibujo en diversos tipos Tijeras para uso infantil Revistas Adhesivos de uso infantil	
	Escultura: Mis manos	Vaciar una porción de una mezcla de yeso preparada con la máxima cooperación posible del niño en una caja de cartón. El niño colocará sus manos ligeramente recubiertas con aceite mineral sobre el yeso, a una profundidad suficiente para crear la impresión de sus manos, manteniéndolas sin movimiento y retirándolas hasta que la mezcla empieza a fraguar. Posteriormente, pintará y decorará libremente esa impresión.	Yeso Agua Recipientes de plástico Mesa de Trabajo Bata protectora		



CARTA DESCRIPTIVA / ACTIVIDAD DE PREVENCIÓN

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:	TALLER SEMIESTRUCTURADO DE ARTETERAPIA EN PACIENTES CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA		
ELABORADO POR:	KARLA ALICIA KARAM DÍAZ	RESPONSABLE ACADÉMICO:	INDA SÁENZ
NÚMERO DE SESIONES:	12 (DOCE)	FECHAS:	27 DE SEPTIEMBRE Y 1º DE OCTUBRE DE 2018
OBJETIVO GENERAL:	Modificar, potenciar y desarrollar en niños y niñas con TEA aquellas conductas que les permitan una inclusión familiar y social a través de la generación de un espacio intermedio entre el niño y la realidad, cuyo diseño permanecerá centrado en mejorar la motricidad, la expresión y la socialización de los participantes a través del uso de diversos materiales, texturas, formas y colores		

SESIÓN: 09 - 10 de 12	OBJETIVO(S) DE LA SESIÓN:	Dar continuidad y añadir complejidad a las actividades arteterapéuticas a tolerancia de los participantes
		Recolección de información adicional sobre conductas e identificación de áreas de fortaleza en actividad motora, comunicación, interrelación, contacto ocular y lenguaje

TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDADES/ TÉCNICAS DIDÁCTICAS	DESCRIPCIÓN/PROCEDIMIENTO	MATERIALES	TIEMPO
CONDUCCIÓN DE LA FASE FINAL DE LA ACTIVIDAD ARTETERAPÉUTICA	a. Conducción del proceso arteterapéutico en formato libre o como proyecto de acuerdo a la capacidad e intereses del paciente observados en las sesiones previas	Pinta tu figura I	En una cartulina (o dos unidas, de acuerdo a la estatura del niño) colocada sobre la pared y frente a la cual se recargará el niño, su compañero dibujará la silueta a tamaño natural y viceversa. Posteriormente, los rasgos faciales, la ropa y todos aquellos elementos que el niño desee incluir serán dibujados y/o coloreados y/o pintados y/o pegados sobre la silueta inicial.	Lápices de colores Crayones Pintura Digital Pinceles y brochas Hojas de papel reciclado en diversos tamaños Papeles y cartulinas de dibujo en diversos tipos Cordeles, estambres y botones grandes Tijeras para uso infantil Plastilina Mesa de Trabajo Bata protectora	90 minutos por sesión
		Pinta tu figura II	El niño podrá añadir elementos externos a la silueta diseñada en la sesión previa: lugares, juguetes, mascotas con técnicas y temas libremente elegidos.		
		Modelado en plastilina: El animal que me gusta o me gustaría ser	Modelar en plastilina o algún otro material moldeable el animal que resulte de predilección del niño de entre diversos ejemplos gráficos de animales o, para los casos con alta funcionalidad, el que les gustaría ser. Diseñar un entorno para la figura así moldeada utilizando técnicas y materiales libres.		



CARTA DESCRIPTIVA / ACTIVIDAD DE PREVENCIÓN

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:	TALLER SEMIESTRUCTURADO DE ARTETERAPIA EN PACIENTES CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA		
ELABORADO POR:	KARLA ALICIA KARAM DÍAZ	RESPONSABLE ACADÉMICO:	INDA SÁENZ
NÚMERO DE SESIONES:	12 (DOCE)	FECHAS:	4 DE OCTUBRE DE 2018
OBJETIVO GENERAL:	Modificar, potenciar y desarrollar en niños y niñas con TEA aquellas conductas que les permitan una inclusión familiar y social a través de la generación de un espacio intermedio entre el niño y la realidad, cuyo diseño permanecerá centrado en mejorar la motricidad, la expresión y la socialización de los participantes a través del uso de diversos materiales, texturas, formas y colores		
SESIÓN: 11 de 12	OBJETIVO(S) DE LA SESIÓN:	Dar continuidad y añadir complejidad a las actividades arteterapéuticas a tolerancia de los participantes	
		Recolección de información adicional sobre conductas e identificación de áreas de fortaleza en actividad motora, comunicación, interrelación, contacto ocular y lenguaje	

TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDADES/ TÉCNICAS DIDÁCTICAS	DESCRIPCIÓN/PROCEDIMIENTO	MATERIALES	TIEMPO
CONDUCCIÓN DE LA FASE FINAL DE LA ACTIVIDAD ARTETERAPÉUTICA	a. Conducción del proceso arteterapéutico en formato libre o como proyecto de acuerdo a la capacidad e intereses del paciente observados en las sesiones previas	Mi caja de emociones I	El niño decorará con técnicas y materiales libremente elegidos una caja de cartón, a la que pegará un cuarto de hoja tamaño carta con su nombre. Posteriormente, doblará en cuatro una hoja tamaño carta y sobre cada cuarto de hoja dibujará un óvalo que simbolizará una cara humana.	Lápices de colores Crayones Pintura Digital Pinceles y brochas Hojas de papel reciclado en diversos tamaños Papeles y cartulinas de dibujo en diversos tipos Cordeles, estambres y botones grandes Adhesivos de uso infantil Tijeras para uso infantil Plastilina Una caja de cartón Mesa de Trabajo Bata protectora	90 minutos por sesión
		Mi caja de emociones II	El niño dibujará sobre cada óvalo la expresión general de ojos, nariz y boca ante tantas emociones como pueda identificar, mismos que posteriormente coloreará y/o pintará y/o convertirá en pequeños collages		



CARTA DESCRIPTIVA / ACTIVIDAD DE PREVENCIÓN

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:	TALLER SEMIESTRUCTURADO DE ARTETERAPIA EN PACIENTES CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA		
ELABORADO POR:	KARLA ALICIA KARAM DÍAZ	RESPONSABLE ACADÉMICO:	INDA SÁENZ
NÚMERO DE SESIONES:	12 (DOCE)	FECHAS:	08 DE OCTUBRE DE 2018
OBJETIVO GENERAL:	Modificar, potenciar y desarrollar en niños y niñas con TEA aquellas conductas que les permitan una inclusión familiar y social a través de la generación de un espacio intermedio entre el niño y la realidad, cuyo diseño permanecerá centrado en mejorar la motricidad, la expresión y la socialización de los participantes a través del uso de diversos materiales, texturas, formas y colores		
SESIÓN:	12 de 12	OBJETIVO(S) DE LA SESIÓN:	Preparación para el cierre del proceso arteterapéutico
			Cierre del proceso arteterapéutico

TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDADES/TÉCNICAS DIDÁCTICAS	DESCRIPCIÓN/PROCEDIMIENTO	MATERIALES	TIEMPO
CONCLUSIÓN DEL PROCESO ARTETERAPÉUTICO	a. Preparación del niño, sus padres y el facilitador para el cierre del taller.	Sesión de cierre con el niño y sus padres	El facilitador dirigirá la sesión grupal final brindando a los participantes en el taller la información y acompañamiento necesarios para cerrar el taller en forma propositiva. Los trabajos producidos por cada uno de los niños serán, previo acuerdo con los padres, expuestos durante la sesión y posteriormente entregados a los padres.	Papelería en general Mesa de Trabajo	90 minutos por sesión
	b. Cierre del taller	Entrevista de cierre individual con el niño y sus padres	El facilitador dirigirá en forma calendarizada la sesión individual de cierre con cada uno de los niños participantes y sus padres, durante la cual se iniciará la aplicación de los reactivos de evaluación finales.	Pruebas y entrevistas impresas	60 minutos por sesión por participante
		Entrevista de Devolución a los padres	El facilitador entregará a los padres, en entrevista individual, el Informe de Devolución por participante	Informe de Devolución impreso	

3.5.2 AJUSTES A LAS ACTIVIDADES:

a. Ante dificultades motoras finas:

- Apoyo emocional con acompañamiento de los padres y ejemplos para usar el material que el niño haya elegido libremente.

b. Ante dificultades motoras gruesas:

- Ayuda parcial del facilitador y/o los padres, acompañamiento para favorecer la manipulación de los materiales.
- Utilización de brochas y marcadores en lugar de pinceles y lápices.
- Sustitución de hojas de trabajo pequeñas por papeles grandes.
- Sustitución de materiales altamente texturizados por otros que generen menor estímulo sensorial.

c. Ante dificultades en la comunicación:

- Escribir y/o simbolizar las directrices e instrucciones.

3.5.3 EVALUACIÓN DEL TALLER

Los padres (basados en sus observaciones y los cambios que perciban en sus hijos) y los propios pacientes con habilidades de lenguaje suficientes evaluarán el taller. El arteterapeuta, por su parte, evaluará también su experiencia, con fines de mejorar la experiencia y los alcances del mismo, mediante el siguiente cuestionario, basado en el reporte de Galván-Bovaira y Sánchez (2007) sobre la intervención psicológica a través de talleres en la Universidad de Castilla:

Tabla 7.

Evaluación por parte de los Padres del Programa de intervención.

	1	2	3	4	5
	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Ni insatisfecho ni satisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
Pertinencia del taller					
<i>Material empleado</i>					
Calidad del contenido					
<i>Equilibrio enfoque fundamentado/aplicado</i>					
Relación de la profesora con los asistentes					
<i>Estímulo a la participación en el taller</i>					
Conocimientos adquiridos					
<i>Ha respondido a tus expectativas</i>					
Utilidad					
SATISFACCIÓN GENERAL					
Expectativas que no se han visto satisfechas:					
Aspectos más positivos:					
Sugerencias para mejorar:					
Otros comentarios:					

3.6 DEVOLUCIÓN A LOS PADRES

Heredia, Santaella y Somarriba (2012) de la Facultad de Psicología de la UNAM, proponen en su estudio sobre el Informe psicológico que:

Informe y devolución han sido considerados desde siempre como el momento de cierre del proceso de la evaluación psicológica. La correcta devolución de resultados exige que el psicólogo a cargo de la evaluación haya logrado el adecuado conocimiento y cabal comprensión del caso, para que pueda explicarlo con eficacia y resolver las dudas que la persona evaluada, familiares o interesados puedan plantear ya sea sobre los mismos resultados o sobre las acciones a seguir.

Siquier y García (1989) definen la devolución de información como “la comunicación verbal discriminada y dosificada que el psicólogo hace al paciente, a sus padres, y al grupo familiar, sobre los resultados obtenidos en el psicodiagnóstico”.

En el caso del psicodiagnóstico con niños y adolescentes, la devolución clara de los resultados de la evaluación podrá:

- Favorecer la discriminación de identidades dentro del grupo familiar por medio de la devolución por separado a los padres y al paciente.
- Disminuir las fantasías de enfermedad y de culpa, al reintegrar una imagen corregida, actualizada, ampliada del hijo.
- En los casos de niños y adolescentes que no han venido por propia iniciativa, les da una oportunidad para que logren cierto *insight* respecto de su situación actual, al funcionar el psicólogo como un segundo detector del conflicto y como el encargado de lograr que los padres perciban y encaren el problema en su justa dimensión coadyuvando así a la solución.

En el presente proyecto, la devolución se dirigirá a los padres de los pacientes con TEA a través de una entrevista familiar de tipo semiestructurada, donde el terapeuta tendrá el control y la dirección del contenido pero se mantendrá abierto y receptivo a las dudas y comentarios de los padres. El contenido general de la entrevista de devolución será el siguiente:

- Presentación resumida del caso clínico del niño.
- Semblanza del proceso arteterapéutico a lo largo de las doce sesiones de trabajo.

- Énfasis en los logros y mejoras enfocados en las características del autismo (relación social, comunicación, actividad motora, lenguaje) del niño después del proceso arteterapéutico.
- Identificación de problemas y áreas que necesitan mayor intervención.
- Recomendaciones para la continuidad del proceso arteterapéutico en el entorno familiar.
- Resolución de dudas de los padres.

3.7 CONCLUSIONES Y LIMITACIONES

El presente proyecto vincula dos temas de interés para la psicología actual: el autismo y la arteterapia. Respecto al autismo, se trata de una enfermedad de alto impacto personal, familiar, social e incluso global por las repercusiones que tiene en la salud de la persona, su entorno inmediato y la sociedad. El incremento en los casos de pacientes con TEA probablemente es mixto, al generarse por un aumento real de pacientes afectados y por la mejora en las técnicas e instrumentos de detección temprana y diagnóstico. Y, en relación a la arteterapia, es una herramienta psicoterapéutica que genera interés en diversas áreas del conocimiento, primordialmente en la psicología.

Esta propuesta de intervención reúne las características deseables en los programas arteterapéuticos modernos: la elección de un modelo de intervención semiestructurado otorga flexibilidad para sustituir o modificar materiales, colores o bien la actividad originalmente planeada para la sesión, ya que cada paciente responde y avanza a un ritmo distinto y por tanto no todos tendrán la destreza de interactuar de la misma manera tanto con los materiales como con los otros participantes. La revisión teórica necesaria para integrarlo fue una experiencia de enriquecimiento profesional y personal que además demuestra el creciente interés en este campo y aun novedoso por lo menos en México; me resultó especialmente innovador el desarrollo de modelos para el impulso y evaluación de la arteterapia, los que a pesar de aplicarse poco en México representan un gran paso hacia futuras mejoras a los métodos arteterapéuticos no solo para pacientes con TEA sino también para otros diagnósticos.

Este proyecto está dirigido hacia la población infantil de entre 6 y 10 años de edad, ya que es este periodo en que el aprendizaje es potenciado por una serie de cambios físicos y cognitivos que pueden ser valorados, entre otras múltiples formas, a través de sus dibujos y la maduración de sus trazos. Si bien el desarrollo es marcadamente más lento en el niño autista, esta intervención busca fomentar interacciones internas y externas que le permitirán incluso lograr el acercamiento social, el

desarrollo del lenguaje y la reducción de movimientos estereotipados que son las 3 áreas débiles del paciente con TEA.

Ejecutar este programa no consume recursos materiales ni económicos elevados o complejos, es flexible en duración tanto de las sesiones individuales como del programa en su totalidad; y es reproducible por los padres de los niños en forma de rutinas domiciliarias, lo que prolongaría la posibilidad de observar beneficios en el paciente con TEA.

Sus alcances son vastos: desde la sustitución de estereotipias motoras por actividades motoras dirigidas hasta la adquisición de habilidades comunicacionales y sociales, las mismas que a su vez pueden ser la base de mayor aprendizaje. En el mismo sentido, los materiales que se utilizarán en el programa también pueden ser empleados en todo tipo de contextos: hospitales, escuelas y consultorios.

La principal limitación de este programa se encuentran en la selección de la población, ya que se incluye la participación por invitación al programa, lo cual puede representar un obstáculo para la estandarización de características clínicas de la muestra; y en la duración del programa: siendo un programa intermedio, será prudente analizar sus resultados con fines de realizar nuevas propuestas, por ejemplo, con menor duración para pacientes autistas funcionales o bien una mayor extensión del programa y frecuencia de sesiones para pacientes con menores grados de funcionalidad. También puede ser reproducido y sus resultados medidos con diferentes instrumentos para la evaluación del autismo, tomando en cuenta que existen cuestionarios y encuestas que aún no son validadas en versiones estrictamente latinoamericanas o mexicanas.

Por último, se espera que tanto la revisión bibliográfica que lo documenta como el proyecto por sí mismo sean elementos que aporten positivamente información al campo de especialidad al que se dirigen a la vez que favorezcan la investigación al respecto de la aplicación de la arteterapia en los pacientes con TEA.

Referencias

- Abrahams, B. S. & Geschwind, D. H. (2008). Advances in autism genetics: on the threshold of a new neurobiology. *National Review of Genetics*, (5): 341–355.
- Acosta, J., Guzman, G., Sesarini, C., Pallia, P. & Quiroz, N. (2016) Introducción a la neurobiología y neurofisiología del Trastorno del Espectro Autista. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 11(2), 28-33.
- Aleksandrovich, M. & Zoglowek H. (2015). Autistic Spectrum Disorders and Creativity: Comparative Study of the Art Works. *Revija za elementarno izobraževanje*, 3 (4), 5-16.
- American Art therapy Association. Information Brochure.
- Arriola, S. & Valencia (2013). Tesis de licenciatura inédita. Acercamiento a la Arteterapia con Fines Terapeuticos en Niños Autistas. Facultad de Psicología, Pontificia Universidad Javeriana, Colombia.
- Art and autism: a guide to educators. The Ohio State University. 2014.
- Art Therapy General Information Brochure. The British Association of Art Therapists, 2016.
- Arzaluz, R. S. (2014). Tesis de licenciatura inédita. Propuesta de un programa de Terapia Artística para modificar creencias irracionales en mujeres con depresión. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Asociación de Arteterapeutas en México, AC. , Código de Ética.
- Auyeung, B., Baron-Cohen, S., Wheelwright, S & Allison, C. (2008). Test de Coeficiente de Espectro Autista para niños (AQ-N) para un rango de edad de 4 a 11 años. The Autism Spectrum Quotient: Children's Version (AQ-Child). *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 38 (7) 1230 – 1240.
- Auyeung, B., Wheelwright, S., Allison, C., Atkinson, M., Samarawickrema, N. & Baron-Cohen, S. (2009). The Children's Empathy Quotient and Systemizing Quotient: Sex differences in typical development and in autism spectrum conditions. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 49(9), 1-13.
- Baird, G., Charman, T., Baron-Cohen, S., Cox, A., Swettenham, J., Wheelwright, S & Drew, A. (2000). *Journal of the American Academy of Child and adolescent psychiatry*, 39 (6), 694-702.
- Bar, I., Adler, M., Ashkenazi, O. & Shaviv, G. (2011). Autism Spectrum Disorder as Reflected in Drawings. *Academic Journal of Creative Art Therapies*, 1 (1), 52-56.
- Baron-Cohen, S. (2009). Autism: The Empathizing–Systemizing (E-S) theory. *Annals of the New York Academy of Science*, 1156, 68–80.

- Baron-Cohen, S., Johnson, D., Asher, J., Wheelwright, S., Fisher, S.E., Gregersen, P.K. & Carrie Allison. (2013) Is synaesthesia more common in autism?. *Molecular Autism*, 4 (40), 16-48.
- Baron-Cohen, S., Ring, H. A., Bullmore, E.T., Wheelwright, S., Ashwina, C. & Williams, S.C. (2000). The amygdala theory of autism. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 24, 355–364.
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Cox, A., Baird, G., Charman, T., Swettenham, J., Drew, A. & Doehring, P. (2000). Early identification of autism with Checklist for autism in toddlers (CHAT). *Journal of the Royal Society of Medicine*, 93, 521-525.
- Bassols, M. (2006). El arteterapia, un acompañamiento en la creación y la transformación. *Arteterapia, Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 6, 19-25.
- Besa, D. & Ponce, V. H. (2014). Arte Terapia grupal infanto-juvenil en Centro Comunitario de Salud Mental Familiar. *Praxis*. 16 (25), 7-36.
- Beth, S. J. (2008). Tesis de Maestría inédita. Art Therapy Workbook for Children and Adolescents with Autism. Universidad Ursulina, USA.
- Bondy, A. (2012). The unusual suspects: myths and misconceptions. *The Psychological Record*, 62, 789–816.
- Bradshaw, J., Mossman, S. A., Gengoux, G. & Kern, K. L. (2015). Feasibility and effectiveness of very early intervention for infants at-risk for autism spectrum disorder: a systematic review. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45, 778–794
- Briseño, J. I. M. (2005). Tesina de licenciatura inédita. Arteterapia. Escuela Nacional de Artes Plásticas, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Camarata, S. (2014). Early identification and early intervention in autism spectrum disorders: Accurate and effective?, *International Journal of Speech-Language Pathology*, 16(1), 1–10.
- Canadian Art Therapy Association Information Brochure.
- Campos, L. P. & Navarrete, H. D. (2016) . Tesis de Licenciatura inédita. Taller de Prevención de Suicidio con Técnicas de Arte Terapia en Adolescentes del Bachillerato "Sabes". Universidad Iberoamericana campus Leon, México.
- Charlop-Christy, Carpenter, M., Leblanc, L. A. & Kellet, K. (2002). Using the picture exchange communication system (PECS) with children with autism: assessment of peccs acquisition, speech, social-communicative behavior, and problem behavior. *Journal of applied behavior analysis*, 35 (3), 213-231.
- Ceballo, B. Y; De Vasconcelos D. J. & Ferreira, C. A. (2012). Efectos de un programa de arteterapia sobre la sintomatología clínica de pacientes con esquizofrenia. *Arteterapia, Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 7, 207-222.

- Cerón, M. J. (2005). Tesis de licenciatura inédita. Introducción al autismo infantil. Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Chen, S. F., Chien, Y. L., Wu, C.T., Shang, C.Y., Wu, Y. Y. & Gau S.S. (2016). Deficits in executive functions among youths with autism spectrum disorders: an age-stratified analysis *Psychological Medicine* 46, 1625–1638.
- Cheng, B. Y., Salleh A & Jusoff, K. (2011). Portrait Drawings Therapy: Windows of Hope for Children with Autism Spectrum Disorder. *World Applied Sciences Journal*, 14, 44-51.
- Christiansen, P. A. (2013) Tesis de Maestría inédita. Use of Art Therapy to build new structures of self-concept with ADD and Autism Spectrum Individuals. Adler Graduate School, USA.
- Collette, N. (2006). Hasta llegar, la vida: Arte-terapia y cáncer en fase terminal. *Arteterapia, Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 1, 149-159.
- Contreras, G. R. (2006). Tesis de licenciatura inédita. Autismo, un trastorno oculto: descripción de las causas y características del autismo desde dos perspectivas analíticas. Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Cortina, M. A., Fazel. M. (2015). The ArtRoom: An evaluation of a targeted school-based group intervention for students with emotional and behavioural difficulties. *The Arts in Psychotherapy*, 4(2)35–40.
- Covarrubias O. T. (2006). Tesis de Especialización inédita. *Arte terapia como herramienta de intervención para el proceso de desarrollo personal*. Universidad de Chile, Chile.
- Cox, A., Klein, K., Charman, T., Baird, G., Baron-Cohen, S., Swettenham, J., Drew, A. & Wheelwright, S. (1999) Autism spectrum disorders at 20 and 42 months of age: stability of clinical and ADI-R Diagnosis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 40 (5) 719-732.
- Curtis, K.,M., E. (2011). Understanding client imagery in art therapy. *Journal of Clinical Art Therapy*, 1(1), 1-7.
- Darewych, O., Rae; Carlton H. N. & Farrugie, K. W. (2015). Digital technology use in art therapy with adults with developmental disabilities. *Journal of developmental disabilities*, 21(2), 96-102.
- Dávila, V. A. L. (2017). Tesina de licenciatura inédita. Taller sobre el Trastorno del Espectro Autista dirigido al personal multidisciplinario de la fundación DUE. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Dichter, G. S. (2012). Functional magnetic resonance imaging of autism spectrum disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14(3), 319-330.

- Domínguez, T. M. (2003) *Arteterapia. Principios Y Ámbitos De Aplicación*. Andalucía: Consejería de Educación y Ciencia de la Junta de Gobierno.
- Ducatel, P. F. A. (2012). Tesis de Maestría inédita. La importancia de los procesos artísticos para el desarrollo y bienestar de grupos sociales en vulnerabilidad. Universidad Autónoma De Nuevo León, México.
- Dunphy, K., Mullane, S. & Jacobsson, M. (2013). The effectiveness of expressive arts therapies: A review of the literature. Melbourne, Australia: PACFA.
- Durán, F. M. E. (2015). Tesina de licenciatura inédita. Historietas narradas por niños con Trastorno del Espectro Autista. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Durán, R. M. I. (2008). Tesina de licenciatura inédita. La posibilidad de crear y reproducir un mundo sin imaginar: taller de pintura para niños con autismo. Psicología, Universidad Pedagógica Nacional, México.
- Edwards, D. (2015). *Creative therapies in practice*. New York, USA: Sage publications.
- Ehlers, S., Gillberg, Ch. & Wing, L. (1999) A Screening Questionnaire for Asperger syndrome and other high-functioning autism spectrum disorders in school age children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 29 (2), 129-141.
- Emery, M. J. (2004). Art Therapy as an Intervention for Autism. *Journal of the American Art Therapy Association*, 21(3), 143-147.
- Epp, K. M. (2008) Outcome-based evaluation of a social skills program using art therapy and group therapy for children on the autism spectrum. *Children & Schools*, 30(1), 27-36.
- Espinosa, V. A. (2016). Tesis de licenciatura inédita. Propuesta de un taller de arteterapia para adultos con Depresión moderada desde el enfoque junguiano. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Fernández, M. I. (2014). Creatividad, arte terapia y autismo: Un acercamiento a la actividad Plástica como proceso creativo en niños autistas. *Arte, individuo y Sociedad* (15), 135-152.
- Filipek, P. A., Accardo, P.J., Baranek, G.T., Cook, E. H., Dawson, G., Gordon, B., Gravel, J. S., Johnson, C. P., Kallen, R.J, Levy, S. E., Minshew, N. J., Prizant, B. M., Rapin, I., Rogers, S. J., Stone, W. L., Teplin, S., Tuchman, R. S. & Volkmar, F. R. (1999) The Screening and Diagnosis of Autistic Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 29, (6), 439-484.
- Flores, R. Y. (2016). Tesis de posgrado inédita. Validación de la versión mexicana de la Escala de Evaluación del Autismo Infantil (CARS) en una muestra psiquiátrica mexicana. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

- Floris, D. L., Chura, L. R., Holt, R. J., Suckling, J., Bullmore, E. T., Baron-Cohen, S. & Spencer, M. D. (2013). Psychological correlates of handedness and corpus callosum asymmetry in autism: the left hemisphere dysfunction theory revisited. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43, 1758–1772.
- Furniss, G. J. (2016). Collaborative leadership between art teachers and art therapists for art students on the autism spectrum. *The Journal of Art for Life*. 8(8), 1-19.
- Gallardo, S. G., Padrón, G. A., Martínez, W. M., Barragán, C.H., Passaye, E., García D. R. & Erika Aguilar, C. E. (2010). El arte terapia como tratamiento del trastorno por déficit de atención en una muestra de escolares mexicanos. *Archivos de Neurociencias*, 15(2), 77-83.
- Ganz, J. B., Simpson, R.L. & Lund, E.M. (2012). The Picture Exchange Communication System (PECS): A promising method for improving communication skills of learners with autism spectrum disorders. *Education and Training in Autism and Developmental Disabilities*, 47(2), 176–186
- García, A. Y. & Maya, G. K. (2009). Tesis de licenciatura inédita. Programa para desarrollar habilidades de autocuidado en adolescentes con autismo. Psicología, Universidad Pedagógica Nacional, México.
- Geschwind, D. H. (2011). Genetics of Autism Spectrum Disorders. *Trends in Cognitive Sciences*, 15(9), 409–416.
- Gerardo, V. C. I. (2017). Tesina de licenciatura inédita. Manejo del duelo en padres de niños diagnosticados con Trastorno del Espectro Autista: propuesta de intervención. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- González, A. C. C. (2008). Tesis de posgrado inédita. Estrategias lúdicas en los procesos de aprendizaje del niño con el síndrome de Asperger. Psicología, Universidad Pedagógica Nacional, México.
- González, R. R., Reyna M. M. & Cano, R. C. (2009). Los colores que hay en mí: una experiencia de arte-terapia en pacientes oncológicos infantiles y cuidadores primarios. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 14 (1), 77-93.
- Greenspan, S. I. & Wieder, S. (1999). A functional developmental approach to autistic spectrum disorders. *Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps*, 24(3), 147-161.
- Guerrón, P. E. (2015). Tesis de licenciatura inédita. Guía didáctica de estrategias en arteterapia para el trabajo con adolescentes entre las edades 16-18 años que presentan ansiedad del colegio fiscal “Octavio Cordero Palacio”. Universidad del Azuay, Ecuador.
- Haeyen, S., Van Hooren, S. & Hutschemaekers, G. (2015). Perceived effects of art therapy in the treatment of personality disorders, clusterB/C: A qualitative study. *The Arts in Psychotherapy*, (45)1–10.
- Hanson, A. (2013). Tesis de Maestría inédita. The use of art therapy and cognitive behavioral therapy

to address trauma symptoms in hospitalized children. Adler Graduate School, USA.

- Happé, F. (1999) Autism: cognitive deficit or cognitive style? *Trends in Cognitive Sciences*, 3(6), 216-222.
- Happé, F. & Frith, U. (1996). The neuropsychology of autism. *Brain*, 119, 1377-1400.
- Happé, F. & Frith, U. (2006). The Weak Coherence Account: Detail-focused Cognitive Style in Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 8 (1), 7-28.
- Harris, Ch. (2015). Tesis de maestría inédita. An Art Therapy Intervention for Adults with Autism Spectrum Disorder. Florida State University, USA.
- Hass-Cohen, N. (2006). Art Therapy And Clinical Neuroscience in Action. *GAINS Community Newsletter*, 10-12.
- Hernández, M. M. A. (2017). Tesis de licenciatura inédita. El uso de pictogramas bajo el modelo conductista fomentará la autonomía en niños con Trastorno del Espectro Autista. Universidad de Sotavento, Psicología-Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Holmqvist, G., Roxbergb, A., Larsson, I. & Persson, L. (2017) What art therapists consider to be patient's inner change and how it may appear during art therapy. *The Arts in Psychotherapy*, 56 (20), 45–52.
- Jaramillo, A. L. (2017). Tesis de licenciatura inédita. La transformación del concepto de autismo desde sus orígenes hasta la actualidad. Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Karaca, S., Eren . (2014). The use of creative art as a strategy for case formulation in psychotherapy: a case study. *Journal of Clinical Art Therapy*, 2 (1), 1-5.
- Klein, J. P. (2006). La creación como proceso de transformación. *Arteterapia, Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 1, 11-18.
- López, R. B. (2004) Arteterapia, otra forma de curar. *Revista de Investigación Aplicada y Experiencias Educativas*. 1 (10), 101-110.
- Losh, M., Adolphs, R.,Poe, M, D., Couture, S., Penn, D., Baranek, G.T. & Piven, J. (2009). The Neuropsychological Profile of Autism and The Broad Autism Phenotype. *Archives of Genetics and Psychiatry*. 66(5): 518–526.
- Lovaas, I. O. (1987). Behavioral treatment and normal educational functioning in young autistic children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55 (1), 3-9.
- Lusebrink, V.B. (2004). Art Therapy and the Brain: An Attempt to Understand the Underlying Processes of Art Expression in Therapy Art Therapy. *Journal of the American Art Therapy Association*, 21(3) 125-135.

- Maher, B. (2012). The effectiveness of art therapy on social anxiety disorder. *Brainwaves*, 2, 22-27.
- Malchiodi, A.C. (2005). *Expressive Therapies: History, Theory, and Practice*. USA: Guilford Publications.
- Marinovic, M. (2006). Efectos del 11/09/01 en la imaginaria onírica visual y el arte. *Arteterapia, Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 1, 97-108.
- Martin, N., Lawrence, K.S. (2008). *Assessing Portrait Drawings Created by Children and Adolescents With Autism Spectrum Disorder*. *Journal of the American Art Therapy Association*, 25(1), 15-23.
- Martin, N., Lawrence, K.S. (2009) Art Therapy and Autism: Overview and Recommendations *Journal of the American Art Therapy Association*, 26(4), 187-190.
- Martín, S. M. J. (2015). Tesis de posgrado inédita. Caracterización sociodemográfica de los pacientes con Trastorno del Espectro Autista que asisten a un hospital psiquiátrico de la Ciudad de México. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Martínez, S. (2009). Arteterapia con niños en edad preescolar. *Arteterapia, Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 4, 159-175.
- Marxen, E. (2011). *Diálogos entre arte y terapia*. Barcelona: Gedisa.
- Matson, J. L., Wilkins, J. & González, M. Early identification and diagnosis in autism spectrum disorders in young children and infants: How early is too early?. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 2, 75–84.
- Meléndez, Ch. J. L. (2017). Tesina de licenciatura inédita. Revisión actual de los tratamientos empleados en el Trastorno del Espectro Autista y su utilidad clínica. Hacia una práctica basada en la evidencia. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Melo, S. E. (2017). Tesis de licenciatura inédita. Análisis del autismo: intervención y centros de atención en el área metropolitana. Tecnológico Universitario de México, Psicología-Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Méndez, S. M. A. (2013). Tesina de licenciatura inédita. El museo de lo perdido: Arte-terapia-sociedad. Escuela Nacional de Artes Plásticas, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Moghaddam J., Mohadammi, K., Zadeh A. M., Sharifi D. & Afrooz G. (2016) Effect of the Family-based Art Therapy Program on the Social Interactions, Verbal Skills and Stereotypic Behaviors of Children with Autism Spectrum Disorders (ASD) *Iran J Public Health*, 45(6), 830–832.

- Molina, O. U. (2017). Tesis de licenciatura inédita. Centro de educación profesional para personas con autismo en Tlalpan, Ciudad de México. Facultad de Arquitectura, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Mónica, A., Motta, I. & Risueño, A. (2012) Procesos Neuropsicológicos implicados en el aprendizaje a la luz del MPC (Raven).
- Montero, M. G. G. (2009). Tesis de licenciatura inédita. La valoración psicológica en pacientes con trastorno del espectro autista realizada por el personal del AMETATD I. A. P. en el servicio de psicodiagnóstico de terapia ambiental del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Montoya, B. V. H & Pérez, S. M. I. (2015). Tesis de licenciatura inédita. Arteterapia como herramienta en la intervención y prevención de bullying en un grupo de tercero de primaria. Tecnológico Universitario de México, Psicología-Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Moreno, G. A. (2006). La mediación artística: un modelo de educación artística para la intervención social a través del arte. *Revista Iberoamericana de Educación*, 1, 1-9.
- Morrell, M. (2011). Signs and symbols: art and language in art therapy. *Journal of Clinical Art Therapy*, 1 (1), 25-34.
- Mossman, S. A., Goldsmith, R., Snow, A. V & Chawarska, K. (2012). Practitioner’s Guide to Assessment of Autism Spectrum Disorders in Infants and Toddlers. *Journal of Autism and Develoamental Disorders*. 42(6), 1183–1196.
- Nogues, V. M. G. (2014). Tesis de posgrado inédita. Aplicación de P300 en escolares mexicanos con trastorno por déficit de atención e hiperactividad antes y después del tratamiento con metilfenidato y arteterapia. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Ontiveros, B. M. P. (2017). Tesina de licenciatura inédita. Aportes de la intervención en el tratamiento del lenguaje y comunicación en niños con Trastorno del Espectro Autista. Universidad Latina, Psicología-Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Ordaz, R. N. E. (2016). Tesis de posgrado inédita. Estudio comparativo de síntomas de autismo en dos puntos del desarrollo. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Orellana, L. D. A. (2012). Dificultades en la detección temprana de los Trastornos del Espectro Autista. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, 6, 15(4), 1172-1182.
- Osborne, J. (2003). Art and the Child with Autism: therapy or education? *Early Child Development and Care*, 173(4), 411–423.

- Pacheco, I. (2013). The Effects of Art Therapy on the Language Abilities of Autistic Children. *Mount Saint Mary College Journal of Psychology Research Proposals*. 3 (1), 11-16.
- Parada, A.J. (2012). Tesis de Maestría inédita. El Síndrome De Asperger y La Creatividad: Desarrollo de las habilidades sociales a través del Arteterapia. Universidad de Oviedo.
- Peralta, S. M. (2011). Tesis de licenciatura inédita. Intervención psicoeducativa para desarrollar el lenguaje oral en un niño con autismo de 4 años de edad. Psicología, Universidad Pedagógica Nacional, México.
- Pinazo, L. (2012) *Arteterapia, Aliada De La Terapia Gestalt*. Madrid: Publicaciones del Centro psicoterapéutico El Olivo.
- Pineda, M. A. I. (2015). Tesina de licenciatura inédita. Musicoterapia como herramienta de intervención en el Trastorno del Espectro Autista (TEA). Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Potash, J. (2011) Art Therapists as Intermediaries for Social Change. *Journal of Art for Life*, 2(1), 48-58.
- Powers, J. (2006). Tesis de posgrado inédita. A behavioural approach to developmental art therapy. A case study of utilizing this approach with a young boy with autism spectre disorder. Concordia University, Canadá.
- Rafferty-Bugher, E., Brown, J., Hastings, B. & Arndt, Ch. (2014) Benefits of Art Therapy as Treatment for Autism Spectrum Disorder: An Exploratory Review. *Journal of Special Populations*, 1 (1), 1-12.
- Ramírez, G. E. (2016). Tesis de licenciatura inédita. Modelo de Negocio para la atención, rehabilitación y apoyo de Trastorno del Espectro Autista. Campus central y tres unidades de apoyo terapéutico en la Ciudad de México. Facultad de Economía, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Rapin, I. & Tuchman, R.F.(2008). Autism: Definition, Neurobiology, Screening, Diagnosis. *Pediatric Clinics of North America*, 55,1129–1146.
- Rapin, I. (2009). Autism in search of a home in the brain. *Neurology*, 52, 902-904.
- Regev, D & Snir, S. (2013). Outcome studies on the efficacy of art therapy: a review of findings. *Academic Journal of Creative Art Therapies*, 3(2), 251-260.
- Reus, C. E. (2016). El Arteterapia en personas con Autismo. *Revista del Centro de Enseñanza Superior Alberta Gómez*, 5, 27-46.
- Reyna, M. M., González, R. R. & López, H. J. (2011). Un mapa para llegar a la vida: estudio de caso de un niño con leucemia mediante arteterapia. *Arteterapia, Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 6, 151-167.

- Robins, D. L. (2008). Screening for autism spectrum disorders in primary care settings. *Autism*, 12(5),537–556.
- Robinson, S., Goddard, I., Dritschel, B., Wisley, M. & Howlin, P. (2009) Executive functions in children with Autism Spectrum Disorders. *Brain and Cognition*, 71(1) 362–368.
- Rodríguez, S. M. J. (2015). Tesina de licenciatura inédita. Propuesta de intervención para establecer normas y límites en el aula en niños con Trastorno del Espectro Autista. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Ruelas, F. T (2014). Tesis de Maestría inédita. Técnicas Artísticas como Herramientas Auxiliares en el Desarrollo Expresivo de Alumnos con Discapacidad Intelectual: Taller de arteterapia como campo de estudio. Universidad Autónoma de Nuevo León, México.
- Rutter, M., Bailey, A. & Lord, C. (2003). *The social communication questionnaire*. USA: wps, test whit confidence.
- Sánchez, A. C. G. (2012). Tesis de posgrado inédita. Efectividad del screening con Checklist for Autism in Toddlers (CHAT) para la detección de Trastorno del espectro Autista en niños de 18 meses a cinco años. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Sánchez, P. I. (2015). Tesina de licenciatura inédita. La arteterapia como alternativa en el manejo de las emociones en los niños. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Sansaloni, P. J. (2016). Arteterapia y síndrome de Asperger: ¿Por qué y para qué? *Revista Sophia* 12 (2), 187-194.
- Schweizer, C., Knorth, J.E. & Spreen, M. (2014). Art therapy with children with Autism Spectrum Disorders: A review of clinical case descriptions on ‘what works’. En prensa para ser publicado en *The Arts in Psychotherapy*.
- Silver, R. A. (1999) *Studies in Art therapy*. Florida, USA: Ablin Press.
- Simón, M. D. I. (2015). Tesina de licenciatura inédita. Taller de acompañamiento para padres de niños con autismo. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Slayton, S. C., D’Archer, J., & Kaplan, F. (2010). Outcome studies on the efficacy of art therapy: a review of findings. *Journal of the American Art Therapy Association*, 27(3), 108-118.
- South, M., Rodgers, J & Van Hecke, A. (2017). Anxiety and ASD: Current progress and ongoing challenges. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47, 3679–3681.
- Stone, W.L., & Hogan, K.L. (1993). A structured parent interview for identifying young children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 23, 639-652.

- Stout, M. (2016). The Impact of Art and Music Therapy on Communicative Utterances for Children with Significant Autism—A School Based Inquiry Project. Special communication, Israel.
- Thorogood, C. (2009). Tesis de Maestría inédita. Art Therapy And Asperger Syndrome: An Art Therapy Manual For Intervention With Adolescents With Asperger Syndrome. Athabasca University, Canadá.
- Tien, K.C. (2008). Effectiveness of the picture exchange communication system as a functional communication intervention for individuals with autism spectrum disorders: a practice-based research synthesis. *Education and Training in Developmental Disabilities*, 43(1), 61–76.
- Tirapu-Ustárroz, J., Pérez-Sayes, G., Erekatxo-Bilba, M. & Pelegrín-Valero, C. (2007). ¿Qué es la teoría de la mente? *Revista de Neurología*, 44 (8), 479-489.
- Towle, P.O & Patrick, P. A. (2016) Autism spectrum disorder screening instruments for very young children: a systematic review. *Autism Research and Treatment*, 16, 97-108.
- Tucker, N., Treviño, A. L. (2011). An Art Therapy domestic violence prevention group in Mexico. *Journal of Clinical Art Therapy*, 1 (1), 16-24.
- Ullman P. (2015). *Encyclopedia of Autism Spectrum Disorder*. New Jersey, USA: Springer Media.
- Wetherby, A. M., Woods, J., Allen, L., Cleary, J., Dickinson, H. & Lord, C. Early Indicators of Autism Spectrum Disorders in the Second Year of Life. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34, (5), 473-493.
- Williams, D. L., Goldstein, G. & Minshew, N. J. (2006). Neuropsychologic functioning in children with autism: further evidence for disordered complex information-processing. *Child Neuropsychology*, 12(4-5), 279–298.
- Witt, N. (2012). Tesis de Maestría inédita. Art Therapy and Autism: A Literature Review. Adler Graduate School.
- Zavaleta, R. P. (2017). Tesis de maestría inédita. Trayectorias de búsqueda de atención y demora en familias mexicanas con Trastornos del Espectro Autista. Unidad de Maestría y Doctorado en Ciencias de la Salud, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Zenil G. B. & Alvarado A. S. (2007). La terapia del arte como herramienta psicoterapéutica en pacientes con cáncer. *Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 40(2), 56-63.

ANEXOS

ANEXO1: OBSERVACIÓN SISTEMÁTICA DE BANDERAS ROJAS EN EL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA, SYSTEMATIC OBSERVATION OF RED FLAGS OF AUTISM SPECTRUM DISORDER (SORF)

Amy M. Wetherby, Juliann Woods, Charly Nottke, Sheri Stronach, Deanna Dow, David McCoy, 2016

A: LIMITACIÓN DE LA COMUNICACIÓN SOCIAL Y LA INTERACCIÓN SOCIAL		B: PATRONES DE CONDUCTA, INTERESES Y ACTIVIDADES RESTRINGIDOS Y REPETITIVOS	
I. Déficit de la reciprocidad emocional social		I. Conductas repetitivas y estereotipadas	
1. Intercambio limitado de expresiones cálidas y alegres		12. Movimiento repetido de objetos	
2. Aplanamiento afectivo o expresiones faciales reducidas		13. Movimiento repetido del cuerpo y la postura	
3. Intereses poco compartidos		14. Lenguaje o expresiones repetidas	
4. Ausencia de respuesta al llamado por su nombre u otra oferta social		II. Apego excesivo a las rutinas y comportamiento ritual	
II. Déficit de la comunicación no verbal aplicada a la interacción social		15. Patrones de comportamiento ritual	
5. Pobre contacto ocular con otras personas		16. Distress ante el cambio	
6. Uso limitado de gestos convencionales (como señalar o enseñar algo)		III. Intereses restringidos, fijos y anormales en intensidad o centro de atención	
7. Uso de la mano o el cuerpo como una herramienta sin usar la mirada		17. Interés excesivo en ciertos objetos, acciones o actividades	
8. Uso limitado de consonantes en la comunicación verbal		18. Aferrarse a ciertos objetos	
9. Coordinación limitada de la Comunicación no verbal		19. Atención excesiva a ciertos objetos	
III. Déficit en la relación interpersonal excluyendo a los cuidadores		20. Interés fijo en partes de objetos	
10. Menos interés en la gente que en los objetos		IV. Hipo o Hiperreacción a estímulos sensoriales o intereses sensoriales inusuales	
11. Intercambio limitado de juego social recíproco		21. Falta de respuesta o respuesta adversa a sonidos, texturas y otros estímulos sensoriales específicos	
Adaptado del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013)		22. Exploración sensorial Inusual/Interés excesivo en aspectos sensoriales del entorno	
# DE BANDERAS ROJAS	CALIFICACIÓN A	CALIFICACIÓN B	ÍNDICE SORF

ANEXO 2: Inventario del Espectro Autista (IDEA)

A. Rivière

Paciente _____ Fecha: _____

DIMENSIÓN SOCIAL	
1. Trastorno de las Relaciones sociales.	
1.1 Aislamiento completo. No apego a personas específicas. No relación con adultos o iguales.	8
	7
1.2 Incapacidad de relación. Vínculo con adultos. No relación con iguales.	6
	5
1.3 Relaciones infrecuentes, inducidas, externas con iguales. Las relaciones más como respuesta que como iniciativa propia.	4
	3
1.4 Motivación de relación con iguales, pero falta de relaciones por dificultad para comprender sutilezas sociales y escasa empatía. Conciencia de soledad.	2
	1
1.5.-No hay trastorno cualitativo de la relación	0

2. Trastorno de las Capacidades de referencia conjunta.	
2.1 Ausencia completa de acciones conjuntas o interés por las otras personas y sus acciones.	8
	7
2.2 Acciones conjuntas simples, sin miradas "significativas" de referencia conjunta	6
	5
2.3 Empleo de miradas de referencia conjunta en situaciones dirigidas, pero no abiertas.	4
	3
2.4 Pautas establecidas de atención y acción conjunta, pero no de preocupación conjunta.	2
	1
2.5.-No hay trastorno cualitativo de las capacidades de referencia conjunta	0

3. Trastorno de las Capacidades intersubjetivas y mentalistas	
3.1 Ausencia de pautas de expresión emocional correlativa (i.e. Intersubjetividad primaria). Falta de interés por las personas.	8
	7
3.2 Respuestas intersubjetivas primarias, pero ningún indicio de que se vive al otro como "sujeto".	6
	5
3.3 Indicios de intersubjetividad secundaria, sin atribución explícita de estados mentales. No se resuelven tareas de T.M.	4
	3
3.4 Conciencia explícita de que las otras personas tienen mente, que se manifiesta en la solución de la tarea de TM de primer orden. En situaciones reales, el mentalismo es lento, simple y limitado	2
	1
3.5.-No hay trastorno cualitativo de capacidades intersubjetivas y mentalistas	0

DIMENSIÓN DE LA COMUNICACIÓN Y EL LENGUAJE

4. Trastorno de las Funciones comunicativas.

4.1 Ausencia de comunicación (relación intencionada, intencional y significativa), y de conductas instrumentales con personas.	8
	7
4.2 Conductas instrumentales con personas para lograr cambios en el mundo físico (i. e. Para "pedir"), sin otras pautas de comunicación.	6
	5
4.3 Conductas comunicativas para pedir (cambiar el mundo físico) pero no para compartir experiencia o cambiar el mundo mental.	4
	3
4.4 Conductas comunicativas de declarar, comentar, etc., con escasas "cualificaciones subjetivas de la experiencia" y declaraciones sobre el mundo interno.	2
	1
4.5.-No hay trastorno cualitativo de las funciones comunicativas	0

5. Trastorno del Lenguaje expresivo.

5.1 Mutismo total o funcional. Puede haber verbalizaciones que no son propiamente lingüísticas.	8
	7
5.2 Lenguaje compuesto de palabras sueltas o ecolalias. No hay creación formal de sintagmas y oraciones.	6
	5
5.3 Lenguaje oracional. Hay oraciones que no son ecológicas, pero que no configuran discurso o conversación.	4
	3
5.4 Discurso y conversación, con limitaciones de adaptación flexible en las conversaciones y de selección de temas relevantes. Frecuentemente hay anomalías prosódicas.	2
	1
4.6.-No hay trastorno cualitativo del lenguaje expresivo	0

DIMENSIÓN DE LA ANTICIPACIÓN/FLEXIBILIDAD

7. Trastorno de la Anticipación.

7.1 Adherencia inflexible a estímulos que se repiten de forma idéntica (p.e.: películas). Resistencia intensa a cambios. Falta de conductas anticipatorias.	8
	7
7.2 Conductas anticipatorias simples en rutinas cotidianas. Con frecuencia, oposición a cambios y empeoramiento en situaciones que implican cambios.	6
	5
7.3 Incorporadas estructuras temporales amplias (por ej. "curso" vs "vacaciones"). Puede haber reacciones catastróficas ante cambios no previstos.	4
	3
7.4 Alguna capacidad de regular el propio ambiente y de manejar los cambios. Se prefiere un orden claro y un ambiente predecible.	2
	1
7.5.-No hay trastorno cualitativo de las capacidades de anticipación	0

8. Trastorno de la Flexibilidad	
8.1 Predominan las estereotipias motoras simples.	8
	7
8.2 Predominan los rituales simples. Resistencia a cambios nimios.	6
	5
8.3 Rituales complejos. Apego excesivo a objetos. Preguntas obsesivas.	4
	3
8.4 Contenidos obsesivos y limitados de pensamiento. Intereses poco funcionales y flexibles. Rígido perfeccionismo.	2
	1
8.5.-No hay trastorno cualitativo de la flexibilidad	0

9. Trastorno del sentido de la actividad.	
9.1 Predominio masivo de conductas sin meta. Inaccesibilidad a consignas externas que dirijan la actividad..	8
	7
9.2 Sólo se realizan actividades funcionales breves con consignas externas. Cuando no las hay, se pasa al nivel anterior	6
	5
9.3 Actividades autónomas de ciclo largo, que no se viven como partes de proyectos coherentes, y cuya motivación es externa.	4
	3
9.4 Actividades complejas de ciclo muy largo, cuya meta se conoce y desea, pero sin una estructura jerárquica de previsiones biográficas en que se inserten.	2
	1
9.5 No hay trastorno cualitativo del sentido de la actividad	0

DIMENSIÓN DE LA SIMBOLIZACIÓN	
10. Trastorno de la Ficción y la imaginación.	
10.1 Ausencia completa de juego funcional o simbólico y de otras competencias de ficción.	8
	7
10.2 Juegos funcionales poco flexibles, poco espontáneos y de contenidos limitados.	6
	5
10.3 Juego simbólico, en general poco espontáneo y obsesivo. Dificultades importantes para diferenciar ficción y realidad.	4
	3
10.4 Capacidades complejas de ficción, que se emplean como recursos de aislamiento. Ficciones poco flexibles	2
	1
10.5 No hay trastorno de competencias de ficción e imaginación	0

11. Trastorno de la Imitación	
11.1 Ausencia completa de conductas de imitación	8
	7
11.2 Imitaciones motoras simples, evocadas. No espontáneas.	6
	5
11.3 Imitación espontánea esporádica, poco versátil e intersubjetiva.	4
	3
11.4 Imitación establecida. Ausencia de modelos internos.	2
	1
11.5 No hay trastorno de las capacidades de imitación	0

12. Suspensión (capacidad de crear significantes).	
12.1 No se suspenden pre - acciones para crear gestos comunicativos. Comunicación ausente o por gestos instrumentales con personas.	8
	7
12.2 No se suspenden acciones instrumentales para crear símbolos enactivos. No hay juego Funcional	6
	5
12.3 No se suspenden propiedades reales de cosas o situaciones para crear ficciones y juegos de ficción.	4
	3
12.4 No se dejan en suspenso representaciones para crear o comprender metáforas o para comprender que los estados mentales no se corresponden necesariamente con las situaciones	2
	1
12.5 No hay trastorno cualitativo de las capacidades de suspensión	0

TABLA DE RESUMEN

DIMENSIONES	ESCALA	PUNTUACIÓN
Dimensión social		1+2+3
1.-Trastorno de la relación social		
2.-Trastorno de la referencia conjunta		
3.-Trastorno intersubjetivo y mentalista		
Dimensión de la comunicación y el lenguaje		4+5+6
4.-Trastorno de las funciones comunicativas		
5.-Trastorno del lenguaje expresivo		
6.-Trastorno del lenguaje receptivo		
Dimensión de la anticipación/flexibilidad		7+8+9
7.-Trastorno de la anticipación		
8.-Trastorno de la flexibilidad		
9.-Trastorno del sentido de la actividad		
Dimensión de la simbolización		10+11+12
10.-Trastorno de la ficción		
11.-Trastorno de la imitación		
12.-Trastorno de la suspensión		

PUNTUACIÓN TOTAL: _____

ANEXO 3: ENTREVISTA CON LOS PADRES ACERCA DEL AUTISMO

Nombre:

Fecha:

Relación al Niño/a:

Para cada pregunta abajo, por favor circula el número que corresponde a la frecuencia con que su hijo/a demuestra cada comportamiento actualmente.

1	2	3	4	5
Casi Nunca	De vez en Cuando	A Veces	A Menudo	Casi Siempre

Relaciones Sociales

- 1) ¿A su hijo/a le gusta interactuar con adultos conocidos?
 - 2) ¿Su hijo/a mira a usted mientras usted juega con él/ella?
 - 3) ¿Su hijo/a mira a usted cuando usted está hablando con él/ella?
 - 4) ¿Su hijo/a viene a usted para consuelo cuando él/ella está enfermo/a o lastimado/a?
 - 5) ¿Su hijo/a no le hace caso a personas que intentan interactuar con él/ella?
 - 6) ¿Su hijo/a “mira a través” de las personas como si no estuvieran allí?
 - 7) ¿A su hijo/a le gusta ser acariciado/a?
 - 8) ¿Su hijo/a abraza a usted cuando usted abraza a él/ella?
 - 9) ¿Su hijo/a se pone rígido/a o estirado/a cuando usted está abrazándole?
 - 10) ¿Él/ella se pone flojo/a cuando usted abraza a él/ella?
 - 11) ¿Su hijo/a viene a usted para un beso o abrazo de su propio/a cuenta, sin que usted le pida?
 - 12) ¿A él/ella le gusta ser besado?
 - 13) ¿Su hijo/a parece disfrutar del cariño sólo con sus propios/as condiciones?
- ¿Ejemplos?
- 14) ¿Su hijo/a sonrío a usted cuando usted sonrío a él/ella?
 - 15) ¿Parece su hijo/a ser difícil de alcanzar, o estar en su propio/a mundo?
 - 16) ¿Su hijo/a activamente evita mirar a las personas durante interacciones?

17) ¿Su hijo/a mira a las personas más cuando están lejos que cuando están interactuando con él/ella?

Reacciones Afectiva

18) ¿Parece que su hijo/a entiende cómo los demás se sienten? ¿Ejemplos?

19) ¿Entiende las expresiones faciales de los demás?

20) ¿Es difícil entender lo que se siente su hijo/a por medio de sus expresiones faciales? ¿Qué es lo que hace difícil comprenderlas?

21) ¿Su hijo/a sonríe durante sus actividades favoritas?

22) ¿Su hijo/a sonríe, ríe, y llora cuando usted anticipa esta reacción?

23) ¿Cambia rápido el humor de su hijo/a, sin aviso? ¿Ejemplos?

24) ¿Su hijo/a se vuelve miedoso/a de cosas inofensivas? ¿Ejemplos?

25) ¿Su hijo/a ríe sin ninguna razón obvia?

26) ¿Su hijo/a tiene rabietas severas?

Interacciones con Compañeros

27) ¿Su hijo/a prefiere jugar solo/a en vez de jugar con otros niños?

28) ¿Su hijo/a ha tomado parte en juego(s) con otro niño/a?

29) ¿Su hijo/a disfruta de jugar con otros niños?

30) ¿Parece que su hijo/a tiene interés en hacer amigos con otros niños?

31) ¿Su hijo/a le hace daño a otros niños por morder, pegar, o patear?

Imitación Motriz

32) ¿Su hijo/a imita gestos simples como aplaudir o para indicar adiós?

33) ¿Su hijo/a imita las cosas que usted hace alrededor de la casa, como barrer o quitar el polvo? ¿Ejemplos?

34) ¿Usted tiene dificultad tratando que su hijo/a imita sus movimientos cuando quiere que él/ella lo intente?

35) ¿Su hijo/a imita palabras o sonidos cuando usted desea que él/ella lo haga?

Comunicación

La Comunicación No Verbal

Además de hablar, hay muchas maneras que niños se comunican sus necesidades y deseos, como haciendo ruidos, o señalando con el dedo, o haciendo gestos.

36) ¿Con qué frecuencia su hijo/a comunica con usted por otras maneras que hablar?

37) ¿Puede entender lo que su hijo/a está tratando de comunicar?

38) ¿Pueden otras personas entender a su hijo/a?

39) ¿Su hijo/a se vuelve frustrado/a cuando trata de comunicarse?

Las siguientes preguntas se tratan de las razones por lo cual su hijo/a se comunica. ¿Con qué frecuencia su hijo/a comunica para:

40) Indicar que él/ella quiere algo, como comida o un juguete?

41) Pedir que usted haga algo para él/ella? ¿Ejemplo?

42) Indicar que él/ella no quiere algo? ¿Cómo indica eso?

43) Llamar su atención? ¿Ejemplo?

44) Lucirse? ¿Ejemplo?

45) Hacer preguntas sobre un objeto o evento? ¿Ejemplo?

46) Pedir su permiso para hacer algo? ¿Ejemplo?

47) Conseguir que juegues con él/ella? ¿Ejemplo?

48) Conseguir que mires a algo que a él/ella le interesa? ¿Ejemplo?

Compresión del Lenguaje

49) ¿Su hijo/a responde cuando usted le llamas por su nombre?

50) ¿Su hijo/a entiende lo que usted le dice? ¿Cómo lo sabe?

51) Cuando usted señala algo con el dedo, ¿su hijo/a mira en la dirección que usted indicó?

52) ¿Su hijo/a puede seguir direcciones sencillas como “Ponte el abrigo”?

53) ¿Su hijo/a puede seguir direcciones más largas que contienen más que una idea, como “Ponte el abrigo y tráeme los zapatos”?

54) ¿Su hijo/a le escucha cuando usted lea cuentos cortos?

55) ¿Parece que su hijo/a tiene interés en las conversaciones de los demás?

Juego con Objetos

56) ¿Juega con muchos juguetes diferentes?

57) ¿Juega con los juguetes de manera apropiada, de la manera que fueron diseñado? (Por ejemplo, rodando un coche de juguete, construyendo usando bloques juntos, tocando los botones de un teléfono de juguete)

58) ¿Su hijo/a usa los juguetes de maneras raras, como girándolos, o poniéndolos en fila una y otra vez? ¿Ejemplos?

59) ¿Su hijo/a juega con los juguetes u otros objetos de la misma manera cada vez?

¿Ejemplos?

Juego Imaginativo

60) ¿Su hijo/a usa su imaginación cuando está jugando con juguetes u otros objetos – como fingir que una taza es un sombrero o como un peine es un avión? ¿Ejemplos?

61) ¿Por su propia voluntad, su hijo/a juega de manera imaginativa, como fingir que es un superhéroe? ¿Ejemplos?

62) ¿Su hijo/a juega de manera imaginativa con otros niños, como fingir que es “mamá”, “papá”, o “maestra”? ¿Ejemplos?

63) ¿Su hijo/a juega muchos juegos imaginativos diferentes?

Reacciones Sensoriales

64) ¿Su hijo/a falla en responder a eventos dolorosos, como caerse o golpearse la cabeza?

¿Qué hace cuando se lastima?

65) ¿Es su hijo/a demasiado sensible al ser tocado?

66) ¿Su hijo/a examina objetos por olfatearlos u olerlos?

67) ¿Su hijo/a examina objetos por lamerlos o probarlos?

68) ¿Es su hijo/a demasiado interesado/a en el tacto de las cosas?

69) ¿A él/ella le gusta tocar o rozar ciertas superficies? ¿Ejemplos?

70) ¿Es su hijo/a demasiado sensible a sonidos o ruidos? ¿Ejemplos?

71) ¿Su hijo/a cubre los oídos al percibir ciertos sonidos? ¿Ejemplos?

72) ¿Parece que su hijo/a no oye bien?

- 73) ¿Alguna vez su hijo/a no hizo caso de ruidos fuertes? ¿Ejemplos?
- 74) ¿Es su hijo/a demasiado interesado/a en mirar los detalles pequeños o partes de los objetos? ¿Ejemplos?
- 75) ¿Es su hijo/a demasiado interesado/a en observar el movimiento de las manos o los dedos?
- 76) ¿Es su hijo/a demasiado interesado/a en observar los objetos que giran? ¿Ejemplos?
- 77) ¿Es su hijo/a demasiado interesado/a en mirar las luces u objetos brillantes? Ejemplos?
- 78) ¿Su hijo/a mira las cosas por la esquina de los ojos? ¿Ejemplos?
- 79) ¿Su hijo/a hace cosas sin mirar lo que está haciendo? ¿Ejemplos?

Conductas Motoras

- 80) ¿Su hijo/a se gira o se da vueltas durante largos períodos de tiempo?
- 81) ¿Su hijo/a mueve las manos o los dedos de una manera rara o repetitiva (por ejemplo, agitándolos o torciéndolos)? ¿Ejemplos?
- 82) ¿Su hijo/a camina de una manera rara (por ejemplo, caminar en puntas de pie)?
¿Ejemplos?
- 83) ¿Su hijo/a se lastima a propósito, como golpeándose la cabeza, mordiéndose la mano, o golpeando cualquier parte de su cuerpo? ¿Ejemplos?

Necesidad de Uniformidad

- 84) ¿Su hijo/a insiste en ciertas rutinas o rituales, como insistir en llevar un abrigo particular cuando se vaya afuera? ¿Ejemplos?
- 85) ¿Su hijo/a se siente molesto/a si hay cambios en sus rutinas diarias – por ejemplo, si el padre le pone en la cama en vez de la madre? ¿Ejemplos?
- 86) ¿Su hijo/a se siente molesto/a si hay cambios en la casa – como si los muebles están mudados? ¿Ejemplos?
- 87) ¿Su hijo/a tiene ciertos objetos favoritos o juguetes que insiste llevar con si mismo/a?
¿Qué son?
- 88) ¿Su hijo/a se siente molesto/a cuando las cosas no se vean bien – por ejemplo, si la alfombrilla tiene una mancha o los libros en una estantería están inclinados? ¿Ejemplos?
- 89) ¿Su hijo/a se vuelve agitado/a o se siente molesto/a al conocer gente, lugares, o actividades nuevas? ¿Ejemplos?

90) ¿Su hijo/a insiste en ponerse solamente cierta ropa o un cierto tipo de ropa? ¿Ejemplos?

91) ¿Él/ella se siente molesto/a cuando se pone ropa nueva?

92) ¿Su hijo/a tiene ciertas rutinas de comer, como comer solamente de un plato específico?

¿Ejemplo?

93) ¿Su hijo/a tiene preferencias raras de comida o come solamente alimentos de cierto color o textura? ¿Ejemplo?