

Universidad Pedagógica Nacional

Unidad Ajusco

**La posibilidad de crear y reproducir un  
mundo sin imaginar: taller de pintura  
para niños con autismo.**

Proyecto de tesina (reporte laboral)

para obtener el título de

Licenciado en Psicología Educativa

Presenta:

Maria Isabel Duran Romero

Asesora: Mtra. Haydée Pedraza Medina

México, D. F.

Agosto de 2008.

*Quiero dedicar este trabajo a la memoria de mi padre,  
sé que donde quiera que estés, estarás orgulloso de mí.*

*Con todo mi amor y respeto dedico este trabajo a mis padres  
porque ambos supieron guiarme, apoyarme e impulsarme,  
para llegar a este momento tan importante de mi vida.  
Este logro también es de ustedes.*

*Mi más sincero agradecimiento a todas las personas que me apoyaron y creyeron en  
mi, a las que cooperaron para que concluyera con esta etapa de mi vida, a las que  
durante mi formación profesional se encontraron en todo momento conmigo y que con  
sus enseñanzas me permitieron llegar a la meta.*

*A mi asesora Haydée Pedraza Medina por confiar en mi, apoyarme, guiarme y  
brindarme parte de su tiempo y de su conocimiento.*

*Agradezco por su constancia y disposición, a todos los niños de la Asociación  
Mexicana del Estudio y Tratamiento del Autismo y otros Trastornos del  
Desarrollo que participaron en el taller de pintura.*

*Isabel*



## ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

### Tablas

Tabla 3. 1. Lenguaje y comunicación en el desarrollo normal y las fases tempranas del autismo. (Adaptado por Gilbert y Peeters, 1995). .....	28
Tabla 5. 1. Servicios que proporciona la AMETATD, I.A.P. ....	53
Tabla 5. 2. Actividades regulares del equipo de trabajo en AMETATD I.A.P. ....	55
Tabla 5. 3. Programas y población que se atiende. ....	55

### Figuras

Figura 5. 1. Organigrama del Hospital Psiquiátrico Infantil.....	49
Figura 5. 2. Organigrama de la AMETATD I. A. P .....	50
Figura 5. 3. Flujograma de Terapia Ambiental. ....	58
Figura 7. 1. Croquis del escenario del taller de pintura. ....	71
Figura 7. 2. Victor (2005).....	81
Figura 7. 3. Mario J. (2005) .....	81
Figura 7. 4. Mauricio (2005).....	81
Figura 7. 5. Ivonne (2005) .....	82
Figura 7. 6. Bruno (2005).....	82
Figura 7. 7. Luis Yanic (2005).....	82
Figura 7. 8. Eric (2005) .....	83
Figura 7. 9. Ana Karen (2005) .....	83
Figura 7. 10. Andrés (2005).....	83
Figura 7. 11. Carlos G. (2005) .....	84
Figura 7. 12. Jonathan (2005) .....	84
Figura 7. 13. Iván (2005) .....	84
Figura 7. 14. Emilio (2005) .....	85
Figura 7. 15. Carlos T. (2005).....	85
Figura 7. 16. Brian A. (2005) .....	85
Figura 7. 17. Ernesto (2005).....	86
Figura 7. 18. Pablo Ulises (2005) .....	86
Figura 7. 19. Eric (2005).....	86
Figura 7. 20. Azucena (2005) .....	87
Figura 7. 21. Hugo (2005).....	87
Figura 7. 22. Pablo (2005).....	87
Figura 7. 23. Jeshua (2005).....	88
Figura 7. 24. José Antonio (2005) .....	88
Figura 7. 25. Manuel (2005) .....	88
Figura 7. 26. Mitzi (2005).....	89
Figura 7. 27. Raúl (2005).....	89
Figura 7. 28. Mario F. (2005).....	89
Figura 7. 29. Fernanda (2005).....	90
Figura 7. 30. Alejandro S (2005).....	90
Figura 7. 31. Alfonso (2005) .....	90
Figura 7. 32. Luis Iván (2005).....	91
Figura 7. 33. David (2005).....	91
Figura 7. 34. Ricardo(2005).....	91
Figura 7. 35. Grupal (2005) .....	92
Figura 7. 36. Carlos Jesús (2005) .....	92
Figura 7. 37. Luis Yanic (2005).....	92
Figura 7. 38. Grupal (2005) .....	93

## RESUMEN

El Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro [HPIDJNN] es una institución gubernamental donde se atienden problemas de salud mental. En sus instalaciones de Hospital de Día, alberga la Asociación Mexicana para el Estudio y Tratamiento del Autismo y otros Trastornos del Desarrollo [AMETATD], la cual atiende a niños con Trastorno del Espectro Autista [TEA].

En esta asociación, se busca que estos niños lleguen a ser funcionales dentro de su ambiente y en su vida diaria. En la terapia se proporcionan las herramientas necesarias para que ellos puedan comunicarse o expresarse con más autonomía.

El trabajo que se presenta es un reporte laboral, el cual consiste en describir cómo se diseñó, implementó y evaluó el taller de verano dentro de AMETATD; así como el papel del psicólogo educativo durante el proceso del mismo.

En el taller de pintura para niños con autismo participaron treinta y seis niños, entre ellos: treinta y un varones y cinco niñas, su edad oscilaba entre los ocho y los doce años. Todos habían sido diagnosticados con Autismo Moderado, Autismo Leve y Síndrome de Asperger. También participaron tres psicólogos, tres terapeutas y dos pintores.

En dicho taller se trabajaron contenidos procedimentales como forma, color y fondo; también, se trabajaron contenidos actitudinales como socialización, atención, seguimiento de instrucciones, comunicación y expresión. Las actividades realizadas por los niños se dieron en cuatro facetas: paisaje, retrato, dibujo libre y naturaleza muerta. La evaluación del taller se realizó con una validación social, a través de entrevistas con los pintores, los padres de familia y los terapeutas.

## INTRODUCCIÓN

Las artes humanas son un medio que tiene el hombre para poder comunicarse y por ende, expresar las ideas más profundas de la psique. También son un vehículo de la imaginación y de la creatividad para mostrar, ya sea en palabras, pinturas, esculturas o melodías, los sentimientos y las emociones propias del autor, sin dejar de lado las pasiones que compartimos todos los seres humanos.

Ahora bien, qué papel juegan las artes con las personas que tienen algún trastorno mental, por ejemplo, psicosis o esquizofrenia. ¿Están alejadas de la realidad y son incapaces de entender la finalidad de las artes? Es difícil pensar que lo están, ya que a pesar de sus capacidades, son seres humanos, y por definición seres capaces de racionalizar y de entender los medios expresivos de sus iguales.

Pero entonces qué pasa con los humanos que tienen autismo, que al parecer son indiferentes hacia cualquier estímulo –ya sea persona u objeto–, de su entorno. Recordemos que una de las características propias del trastorno autista es la incapacidad para mantener contacto visual y más aún el contacto social. Ahora bien, si pensamos que al igual que todos los seres humanos quieren y desean comunicar alguna de sus necesidades, desde las básicas a las complejas, deben tener un medio por el cual llegar a comunicarse.

Y ya que el espectro autista tiene infinidad de combinaciones en cuanto a los síntomas, siendo una de ellas la incapacidad para hablar, o peor aún, de expresar sus emociones o sentimientos, se llegó a pensar que por medio del taller de pintura, estos niños tuvieran otro medio por el cual poder comunicarse. La pintura, al ser una actividad lúdica y de gran atractivo a los niños, se tomó como la forma de enseñar a expresarse, ya que estos infantes, al igual que el autor de cualquier obra maestra, no sólo expone una pintura, sino que también se expone dentro de la pintura, siempre algo de su ser se devela en la obra. Por

esto, se creó el taller, con el fin de que tuvieran un espacio donde se pudieran expresar y comunicarse por medio de la pintura.

Para exponer las actividades realizadas, el trabajo se estructuró en cinco partes. En la primera se hace una explicación de los fundamentos teóricos del autismo, donde se habla del trastorno autista, así como de su etiología, además de la presentación de estudios epidemiológicos. La segunda parte, comprende las generalidades sobre el desarrollo normal y del autismo, de acuerdo con la postura de Ángel Rivière, donde también se consideran y explican los postulados acerca de la teoría de la mente.

La tercera parte es una breve reseña de los antecedentes que relacionan la pintura con el autismo, considerando datos desde el año de 1997 hasta la actualidad. En la cuarta parte se explica el contexto laboral, empezando desde la fundación del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” hasta la creación de la *Asociación Mexicana para el Estudio y Tratamiento del Autismo y otros Trastornos del Desarrollo I.A.P. (AMETATD)* y los servicios que proporciona.

La última parte presenta la experiencia dentro del taller de pintura de los niños con autismo. Es aquí donde se centra todo el trabajo realizado por la psicóloga educativa y demás terapeutas.

## JUSTIFICACIÓN

La presencia del arte en el niño, es importante ya que por medio de ésta es capaz de expresar libremente lo que siente, lo que observa y las cosas que lo rodean; por lo tanto esta actividad favorece su creatividad, la cual fue motivada por los pintores Álvaro Santiago Díaz y David Sefami Paz, por medio de esta expresión artística: la pintura.

La expresión por medio de la pintura se tomó como algo fundamental en la formación del niño, expresando siempre lo que él siente, aumentando su desarrollo en la función simbólica y más específicamente su capacidad representativa; ya que el niño es capaz de plasmar o de transformar una idea que él tenía en su imaginación, o bien, que fue tomada de la realidad misma. La pintura puede ser un medio para comunicarse con las personas de su entorno, ya que ellos pueden expresarse de algún modo, por medio de los colores y las formas de las pinturas hechas por ellos mismos.

También se espera que los educadores artísticos sean capaces de favorecer oportunidades de aprendizaje, que fomenten estos objetivos y otros parecidos tales como la creatividad y la imaginación. No basta con añadir a un currículo ya sobrecargado, de algunas lecciones que reflejen el arte de diferentes grupos étnicos y sociales; la educación artística necesita algo más que un programa educativo de relumbrón. Como ha señalado García (1982), “añadir unas cuantas lecciones sobre las personas o las aportaciones culturales...en un grupo étnico perpetua la idea de que los grupos étnicos no forman parte integrante de la sociedad”.

Entonces, el psicólogo educativo, los pintores y los historiadores deben influir en el aprendizaje de las formas y estilos artísticos característicos del arte; ya que las obras se presentan por medio de un lenguaje simbólico el cual está



inherentemente vinculado a una cultura. Un mundo puede conocerse y comprenderse a través del conocimiento de un arte particular.

A su vez, se motiva a los padres de familia para que en su hogar estimulen a los niños y así continuar con una forma más de libertad de expresión y de autonomía necesaria en todo ser humano; ya que la producción pictórica constituye una posibilidad siempre latente y con frecuencia alcanzable para toda persona. Por lo tanto, no pueden negarse los valores terapéuticos de la pintura recreativa y ocupacional, como tampoco la eficacia de su empleo para conseguir nuevos medios y modos de comunicación. La pintura constituye una siempre renovada posibilidad de poder penetrar, en gran manera, en los mecanismos psicodinámicos del niño con autismo. Esta vía de penetración se logra a través de cambios poco utilizados en la clínica como son las capacidades estéticas y de creación artística.

La pintura constituye un valioso medio exploratorio y una nueva posibilidad de ampliar los conocimientos sobre la psicología educativa del niño con autismo esperando que el trabajo, en cierta medida, sirva de asistencia a futuras investigaciones sobre la patología de los niños con autismo, y su relación con la creación artística.

Por otro lado, si se les da la oportunidad, el resto de la sociedad puede darse cuenta que también puede llegar a ser un sujeto activo. Por esto, el taller de pintura para el niño con autismo funciona de alguna manera como una forma más de comunicación, además de mejorar el comportamiento y la conducta. Es menester mencionar que en la educación del niño, está primero la familia, la cual determina la conducta que él puede presentar en el mundo externo.

Conforme se da un cambio de atención especializada, principalmente por el psicólogo educativo, disminuye en gran medida el rechazo social y la segregación de las personas con discapacidad, lo cual favorece, por ende, la

participación e integración en diferentes contextos, como la familia y la escuela, otorgándoles una mejor manera de comunicación y socialización.

De tal forma, con el taller de pintura se mejoran sus conductas, de igual manera ayuda al niño con autismo en la adquisición de diferentes conocimientos sobre la vida cotidiana, lo que repercute en su desarrollo integral. Además de ser benéfico a los niños, los padres se darán cuenta de todas las habilidades que poseen sus hijos y de que pueden aprender con un adecuado entrenamiento que potencialice las habilidades propias de cada niño. Así mismo, la familia aprenderá a ser más tolerante y sensible hacia el problema que presenta el niño con autismo y en el contexto escolar se verá beneficiado ya que los niños tendrán una base amplia para poder acceder a nuevos conocimientos.

Precisamente, para mejorar la calidad de vida del niño con autismo es relevante que le enseñen otras habilidades ya que no se le puede dar la opción de una vida ideal, pero si funcional, permitiendo esto a su vez, tener una opción más de comunicación con los demás para poder desenvolverse más adecuadamente en la sociedad.

# AUTISMO

## ***Antecedentes del concepto de autismo***

El término “autista” proviene de la palabra griega *eaftismos*, cuyo significado es “encerrado en uno mismo”, este término fue utilizado por primera vez por el psiquiatra suizo Bleuler, en 1908, para describir en los pacientes adultos con esquizofrenia, la evasión fuera de la realidad y la retención a cualquier estímulo social (Happé, 1998).

Wing (1996) describe que en 1801, el médico francés Jean-Marc-Gaspard Itard, se hizo cargo de un muchacho de unos doce años de edad, conocido como Víctor “el niño salvaje de Aveyron” al que habían encontrado viviendo en los bosques como salvaje y capturado un año antes. La conducta del niño era extraña y no hablaba. Itard pensó que se debía al hecho de que había estado aislado del contacto humano desde muy corta edad.

Pinel, otro médico eminente de la época, estaba de acuerdo con Itard. Creía que el niño tenía desde el nacimiento serias dificultades generalizadas del aprendizaje. Lane, psicólogo especializado en el estudio del habla, la audición y el lenguaje, recopiló los escritos de Itard sobre Víctor y los publicó en su libro “El niño salvaje de Aveyron”. Al leer ahora el relato, se puede advertir que Víctor se comportaba como un niño con autismo. Todas las descripciones de su conducta resultarían familiares a cualquier padre típico de un niño con autismo en la actualidad. El método de Itard fue retomado más tarde por Seguin y Montessori.

Happé (1998) consideró que muchos rasgos de conducta que describió Kanner (1943) en su artículo “*Autistic disturbances of affective contact*”, eran propios de los niños que veía, entre ellos:

- La extrema soledad autista: los niños no se relacionaban normalmente con las personas y parecían ser más felices cuando se les dejaba solos. A Kanner le pareció que esta falta de respuesta social empezaba desde muy pronto en la vida del niño como lo muestra el hecho de que los autistas o alcen los brazos hacia el padre o la madre que están a punto de agarrarlo.
- El deseo angustiante obsesivo de invarianza: a los niños les molestaba enormemente los cambios en la rutina o en las cosas que les rodeaban.
- Una memoria de repetición excelente: los niños que vio Kanner demostraban una capacidad para memorizar cantidades muy grandes de material sin sentido para efectos prácticos.
- La ecolalia demorada: los niños repetían fragmentos lingüísticos que habían oído pero eran incapaces de utilizar el lenguaje para dar a entender algo más que sus necesidades inmediatas. La ecolalia explica probablemente la inversión de pronombres que Kanner destacó.
- Hipersensibilidad a los estímulos: Kanner se dio cuenta de que muchos de los niños que él veía reaccionaban intensamente a ciertos ruidos y a algunos objetos como las aspiradoras, ascensores e incluso al viento. Algunos tenían también problemas de alimentación o manías con las comidas.
- Limitaciones en la variedad de la actividad espontánea: que se manifiesta en los movimientos, verbalizaciones e intereses de estos niños. A Kanner le parecía que los niños tenían una buena relación con los objetos, mostraban a menudo una destreza sorprendente en hacer girar las cosas o al completar los rompecabezas.
- El buen potencial cognitivo: Kanner creyó que la memoria y la destreza sobresalientes de algunos de estos casos eran el reflejo de una inteligencia

fuera de lo común, a pesar de que se considerara que muchos de estos niños tenían dificultades de aprendizaje.

Por su parte, Wing (1996) describe las características que publicó en 1944 Asperger sobre un grupo de niños y adolescentes con otro patrón de conducta, conocido ahora como síndrome de Asperger. Los rasgos que seleccionó como importantes fueron:

- una aproximación social a los demás ingenua e inadecuada;
- intereses intensamente circunscritos a determinadas temas como los horarios;
- buena gramática y vocabulario, pero una charla monótona utilizada en monólogos, no para conversaciones en dos direcciones;
- pobre coordinación motriz;
- nivel de capacidad que lo limita, en niveles medios o superiores, pero frecuentemente con determinadas dificultades de aprendizaje en una o más áreas;
- una considerable falta de sentido común.

Además, observó que los padres no percibían ninguna anomalía hasta después de los tres años o hasta que los niños comenzaban a ir a la escuela. Asperger (1944) creía que el síndrome que él describió, era diferente del autismo que narró Kanner (1943), aunque admitió que tenían muchas similitudes.

De acuerdo con las características psicológicas del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (2000) [*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM-IV-TR] el trastorno autista tiene:

La alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características:

- Importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales, como su contacto ocular, expresión facial, posturas corporales, y gestos reguladores de la interacción social.
- Incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros adecuadas al nivel de desarrollo.
- Ausencia de la tendencia espontánea para compartir con otras personas intereses y objetivos (e. g. no mostrar, traer o señalar objetos de interés).
- Falta de reciprocidad social o emocional.

Alteración cualitativa de la comunicación manifestada al menos por dos de las siguientes características:

- Retraso o ausencia total del desarrollo del lenguaje oral (no acompañado de intentos para compensarlo mediante modos alternativos de comunicación, tales como gestos o mímica).
- En sujetos con un habla adecuada, alteración importante de la capacidad para iniciar o mantener una conversación con otros.
- Utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje o lenguaje idiosincrásico, ausencia de juego realista espontáneo, variado o de juego imitativo social propio al nivel de desarrollo.

Patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidas y estereotipadas, manifestado por lo menos mediante una de las siguientes características:

- Preocupación absorbente por uno o más patrones estereotipados y restrictivos de interés que resulta anormal, sean en su intensidad o en objetivo.
- Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos no funcionales; manierismo motores estereotipados y repetitivos no funcionales.

- Manierismos motores estereotipados y repetitivos (e. g. Sacudir o girar las manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo).
- Preocupación persistente por partes de objetos.

Retraso o funcionamiento anormal en por lo menos una de las siguientes áreas que aparecen antes de los 3 años de edad: interacción social, lenguaje utilizado en la comunicación social o juego simbólico e imaginativo.

El retraso no se explica mejor por la presencia de un trastorno de Rett o de un retraso desintegrativo infantil.

### **Trastorno Asperger**

Alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos en dos de las siguientes características:

- Importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales como contacto ocular expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social.
- Incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros, apropiadas al nivel del desarrollo del sujeto.
- Ausencia de la tendencia espontánea a compartir intereses y objetivos con otras personas.
- Ausencia de reciprocidad social emocional.

Patrones de comportamiento, interés y actividades restrictivas, repetitivas y estereotipadas, al menos una de las siguientes características:

- Preocupación absorbente por uno o mas patrones estereotipados y restrictivos de interés que resulta anormal, sea en su intensidad u objetivo.
- Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos no funcionales, manierismos motores estereotipados y repetitivos no funcionales.

- Manierismos motores estereotipados y repetitivos (e. g. Sacudir o girar las manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo).
- Preocupación persistente por parte de objetos.

De acuerdo con las características del CIE-10 el trastorno autista se divide en tres categorías:

#### Autismo infantil.

- Se trata de un trastorno global del desarrollo definido por la presencia de un desarrollo alterado que se manifiesta antes de los tres años, y por un tipo característico de comportamiento anormal que afecta la interacción social, a la comunicación y a la presencia de actividades repetitivas y restringidas.

#### Autismo atípico.

- Se trata de un trastorno global del desarrollo que difiere del autismo en que no cumple el conjunto de los tres tipos de criterios y no se pueden demostrar suficientes anomalías en una, dos o tres de las áreas de psicopatología requeridas para el diagnóstico de autismo (la interacción social, la comunicación y el comportamiento restrictivo, estereotipado y repetitivo).
- El autismo atípico suele presentarse en individuos con retraso mental profundo cuyo nivel de rendimiento manifiesta **una muy baja dificultad** en la manifestación de comportamiento desviado específico requerido para el diagnóstico de autismo. También sucede esto en individuos con graves trastornos específicos de comprensión del lenguaje.

#### Síndrome de Asperger.

- Es un trastorno con validez nosológica dudosa, caracterizado por el mismo tipo de déficit cualitativo en la interacción social recíproca propio del autismo, además, por la presencia de un repertorio restringido, estereotipado y repetitivo de actividades e intereses, se diferencia del



autismo en que no hay déficit o retrasos del lenguaje o del desarrollo cognitivo.

- La mayoría de los afectados tienen una inteligencia normal, pero suelen ser llamativamente torpes desde un punto de vista motor. Parece muy probable que algunos casos sean formas leves de autismo, pero no hay certeza de que esto sea así en todos los casos.
- Las anomalías tienden a persistir en la adolescencia y en la vida adulta, ocasionalmente aparecen episodios psicóticos en el inicio de la vida adulta.

El término “Síndrome de Asperger” lo uso por primera vez Lorna Wing (1981a), quien introdujo este diagnóstico en un intento por conseguir que se reconociese a esas personas autistas muy capacitadas que no se ajustan demasiado bien al estereotipo de Kanner de ser “calladas y aisladas”. Esta autora elabora una lista de seis criterios diagnósticos, basados en las observaciones de Asperger (1944):

1. habla: sin retraso, pero de contenido extraño, pedante, estereotipado;
2. comunicación no verbal: poca expresión facial, voz monótona, gestos inapropiados;
3. interacciones sociales: falta de reciprocidad, de empatía.
4. resistencia al cambio: gusto por las actividades repetitivas;
5. coordinación motora: gesto y postura extraños, movilidad gruesa torpe, a veces estereotipias;
6. habilidades e intereses: buena memoria de repetición, intereses especiales muy limitados.

Además de estos síntomas, Wing habla de la idea de Asperger de que este trastorno es más frecuente entre los varones que entre las mujeres y que rara vez se identifica antes del tercer año de vida. Esta autora modificó los criterios

anteriores en función de su propia experiencia clínica, introduciendo tres cambios:

- (i) Retraso en el lenguaje: sólo la mitad del grupo de Wing daría un diagnóstico de síndrome de Asperger había desarrollado el lenguaje a la edad normal.
- (ii) Desarrollo temprano: antes de los tres años estos niños pueden ser un poco extraños, por ejemplo, no presentan atención conjunta.
- (iii) Creatividad: Wing sostiene que estos niños no son creativos y que, por ejemplo, no dan muestras de auténtico juego de ficción. Más que “original”, su pensamiento resulta inapropiado.

Wing (1981a) y otros han señalado que un niño puede parecer el típico autista kanneriano durante la infancia y, sin embargo, transformarse en un adolescente más característico del síndrome de Asperger.

El síndrome Asperger marcó la tónica de los trabajos que le siguieron en dos aspectos importantes. Donde sugería que las diferencias entre el autismo de tipo Kanner y al síndrome Asperger se explicarían solo por una diferencia en la severidad; es decir, que los sujetos con síndrome Asperger son sujetos autistas de muy buena capacidad.

El interés de Wing por el síndrome de Asperger era puramente pragmático, como un diagnóstico útil para las personas que no se ciñen a los criterios de autismo que están definidos en el DSM-IV-TR, por lo tanto, para Wing, el síndrome de Asperger suponía un medio para ampliar el espectro del autismo hasta unos niveles muy sutiles anteriormente no reconocidos.

Algunos autores han negado la utilidad de la etiqueta de “síndrome de Asperger” (e. g. Volkmar y otros, 1985), basándose en el argumento de que el hecho de hacer subgrupos no ayuda a reconocer que el autismo tiene toda una gama de manifestaciones.

Sin embargo, la mayoría de los investigadores han sugerido bastante fielmente la propuesta de Wing en cuanto a sus criterios diagnósticos para el síndrome de Asperger. Hacia el final de los ochenta parece haber surgido cierto consenso. Burd y Kerbeshian (1987) dan cinco características de los sujetos con síndrome Asperger:

1. habla: pedante, estereotipada, prosódica;
2. trastornos de comunicación no verbal;
3. interacción social: por falta de empatía;
4. intereses limitados: actividades repetitivas o habilidades de savant;
5. movimientos: torpes estereotipados;

Características psicológicas DSM-IV-TR socialización, comunicación, imaginación.

Las características esenciales del trastorno autista son la presencia de un desarrollo marcadamente anormal o deficiente de la interacción y comunicación sociales y un repertorio sumamente restringido de actividades e intereses. Varía mucho en función del nivel del desarrollo y de la edad cronológica del sujeto. A veces el trastorno autista es denominado autismo infantil temprano, autismo infantil o autismo de Kanner.

Las deficiencias de la interacción social son importantes y duraderas. Puede darse una notable afección de la práctica de comportamientos no verbales múltiples (por ejemplo; contacto ocular, expresión facial, posturas y gestos corporales), la interacción y comunicación sociales, existe una incapacidad para desarrollar con coetáneos apropiados al nivel del desarrollo.

Los sujetos de menor edad pueden tener muy poco o ningún interés por establecer lazos de amistad, los sujetos de más edad pueden estar interesados por unas relaciones amistosas pero carecen de la comprensión de las

convenciones de la interacción social. Puede faltar la búsqueda espontánea de disfrutes, intereses u objetos compartidos con otras personas, puede estar presentes una falta de reciprocidad social o emocional, con frecuencia el sujeto tiene sumamente afectada la conciencia de los otros.

También es muy notable y persistente la alteración de la comunicación, que afecta las habilidades verbales como las no verbales. Puede producirse un retraso del desarrollo del lenguaje hablado o incluso su ausencia total. En los sujetos que hablan cabe observar una notable alteración de la habilidad para iniciar o sostener una conversación con otros, una utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje o un lenguaje idiosincrásico. También se observa la falta del juego usual espontáneo y variado de juego imitativo social propio del nivel de desarrollo del sujeto. Cuando se desarrolla el habla, el volumen, la entonación, la velocidad, el ritmo o la acentuación pueden ser anormales. Las estructuras suelen ser inmaduras e incluir un uso estereotipado y repetitivo del lenguaje.

El juego imaginativo suele estar ausente o notablemente alterado. Estos sujetos también tienden a no implicarse en las rutinas o juegos imitativos simples propios de la infancia o la primera niñez, o lo hacen solo fuera de contexto o de una manera mecánica. Los sujetos con trastorno autista cuentan con unos patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidas, repetitivas y estereotipadas. Pueden demostrar una preocupación absorbente por una o más pautas de interés restrictivas y estereotipadas que resultan anormales, ya sea en su intensidad, ya sea en sus objetos.

### *Etiología y estudios epidemiológicos*

Las teorías sobre la etiología del autismo, de acuerdo con González (2000) se pueden dividir en:

- a) Psicogenéticas: que se enfocan hacia un trastorno de tipo afectivo y emocional.
- b) Bioquímicas: intentan dar una explicación basadas en trastornos y disfuncionales de tipo bioquímica, metabólico corporal.
- c) Virales: intentan relacionar el autismo con infecciones ocurridas en el periodo neonatal o en la primera infancia.
- d) Cognitivas: intentan relacionar el autismo con fallas en los componentes cognitivos innatos.
- e) Genéticas: asocian el síndrome autista con las fallas de índole cromosómica.

En cuanto a los orígenes del autismo, no se sabe con exactitud cuáles son los factores causantes del síndrome, sin embargo, en la búsqueda de su etiología se han podido establecer una serie de estudios e investigaciones que intentan dar una aproximación sobre su origen. Entre estas se encuentran las investigaciones de biología molecular que se esfuerzan en aislar los genes asociados con el autismo y que serían susceptibles de intervenir, en parte, en su determinismo (Luengo, Fera y Millan, 2005).

### Bioquímicas

Los estudios de la serotonina y de sus metabolismos. La serotonina es un transmisor del sistema nervioso, es decir, una sustancia química con la cual se comunican las neuronas, por lo que recibe el nombre de neurotransmisor. Encuentran un aumento de la serotonina plaquetaria en el 30 al 50 por 100 de los niños con autismo. No obstante, este aumento de la serotonina plaquetaria no constituye un estigma biológico específico del autismo. Efectivamente se puede encontrar en niños que presentan otros trastornos (deficiencia mental o hiperquinesia).

En cuanto a los estudios sobre las catecolaminas; se ha señalado una elevación significativa de la adrenalina y la noradrenalina en el plasma de los

niños con autismo, así como la disminución significativa de las tasas de dopamina, de adrenalina y de noradrenalina en las plaquetas. Por el contrario, no se ha observado modificación notable de las tasas de dopamina plasmática (Launay y Ferrari, en Ferrari, 2000).

Estudios sobre endorfinas que son sustancias opiáceas que circulan normalmente en el organismo y tiene una función en el control del dolor. Algunos autores Weizman, (en Ferrari, 2000), han demostrado una disminución de la beta-endorfina plasmática en el autismo. Las modificaciones de las endorfinas cerebrales y plasmáticas podrían, quizás explicar la baja sensibilidad al dolor así como las automutilaciones comprobadas en algunas niños con autismo.

En el terreno de la sensorialidad, gracias a ciertas medidas neurofisiológicas, se puso en evidencia la reducción del lumbral perceptivo de esos niños a los diferentes estímulos y emitieron la hipótesis de que el autismo podría deberse a la hipersensibilidad sensorial inicial conjugada con un fallo de la barrera de protección contra los estímulos. Esto inducirá a una invasión del miedo anterior por los estímulos no filtrados que viven en el mundo exterior.

Genéticas

**La asociación bastante frecuente, aunque no sistemática, de los aspectos de índole psicótico en un síndrome de deficiencia intelectual y que parece vinculado con ciertas anomalías que existen sobre el cromosoma X (síndrome de la X frágil).**

**Se han realizado estudios con gemelos, de los cuales por lo menos uno es autista, los que han constituido un método de elección por el análisis de la influencia genética y son los estudios sobre gemelos monocigóticos los que se han revelado como los más interesantes por la identidad del**

**patrimonio genético; aunque la influencia genética no podría negarse o subestimarse.**

En cuanto a las causas biológicas, con daño cerebral. Se basa en el hecho de que la epilepsia aparece en un 33% de los autistas adolescentes. Los movimientos estereotipados también pueden ser la prueba de alguna alteración cerebral, así como la presencia en ciertos reflejos infantiles.

Así pues, el siguiente paso consistirá en averiguar qué es lo que funciona mal a este nivel. Ya que pudiera darse un daño irreversible en el desarrollo prenatal, algún tipo de defecto celular, disfunciones fisiológicas, falta o exceso de neurotransmisores o enzimas, hiperdensidad cortical, elevación del índice de serotonina en sangre (no en médula espinal).

Algunas medidas psicofisiológicas importantes que corroboran esta hipótesis podrían ser: inmadurez del ritmo cardíaco, conductancia psicofisiológica y una respuesta respiratoria insuficiente.

Otras posibles causas estarían relacionadas con:

- Daños en el sistema dopaminérgico.
- Derivación del síndrome de KLUVER- BUCY.
- Gen autista en proceso de investigación
- Infección viral: retrovirus, herpes, citomegalovirus durante la gestión.
- Deficiencias inmunitarias.
- Lesión circunscrita al área cerebral de las relaciones humanas.

En cuanto a la familia no hay evidencia clara de que el autismo tenga componentes familiares como causa, no se considera que en las familias hay una predisposición al respecto. En este sentido, es importante mencionar que Bautista (1993) indica que los “antecedentes familiares: en el autismo no hay antecedentes de psicosis, en la esquizofrenia suele existir” (en Ferrari, 2000, p. 28).

## *Desarrollo normal y autismo*

De acuerdo con lo que postula Ángel Rivière (1997), sobre el desarrollo, hacia los dos o tres meses, los bebés comienzan a fijarse en los matices más expresivos del rostro humano y se muestran capaces de compartir e intercambiar expresiones emocionales. Trevarthen (1982) ha analizado con finura los intercambios expresivos.

Antes de llegar a los seis meses, desarrollan vínculos firmes con figuras de crianza, a las que reconocen. Son capaces de anticipar conductas ajenas, muy simples en rutinas habituales y empiezan a interesarse mucho por las conductas de las personas, muestran un interés genuino por las conductas de sus madres. Los de siete y ocho meses ya son capaces, de sentarse, se interesan también muy activamente por los objetos.

El último trimestre del primer año, son muy sensibles a las actitudes mentales de los otros hacia los objetos, se hacen cada vez más capaces de integrar sus esquemas de objeto y sus esquemas de persona en ciertas conductas de relación intencionada con las personas y los objetos, a las que llamamos comunicación. Son conductas que tienen carácter sígnico, y que implican suspender la acción directa de los objetos, para convertir esa acción en suspenso en signo del interés por ellos o el deseo de obtenerlos; ahí se produce generalmente los primeros fallos claros del desarrollo autista. La ausencia de conductas comunicativas intencionadas es casi universal en los niños que luego son diagnosticados del trastorno autista que consiste en la ausencia específica de un cierto tipo de comunicación: aquella a la que se denomina protodeclarativa.

Rivière (s. f.) retoma las ideas de Curcio (1978) y Wetherby (1986) para explicar con profundidad lo que significa los intereses en el niño autista, debemos diferenciar dos objetivos posibles de la actividad comunicativa: cambiar el mundo físico o el mundo mental en el niño, los intentos más



precoces el mundo físico mediante la comunicación consiste en actos tales como levantar los bracitos, para ser levantados, o dirigir la palma de la mano a una pelota lejana, para obtenerla por medio del adulto. Y los más tempranos de cambiar el mundo mental en gestos como señalar objetos interesantes para el niño, para que el otro se interese por ellos. A los primeros intentos se les denomina protoimperativos, a los segundos protodeclarativos, la ausencia de protodeclarativos o declaraciones simbólicas en el niño autista es uno de los criterios diagnósticos más claros para destacar el trastorno. Y una alteración profunda en la comunicación y la interacción social, que configura el cuadro de la extrema soledad autista.

A lo largo del desarrollo, el niño contacta con los padres, hermanos o con otros, al principio a través de formas diádicas de interacción que progresan a un dominio de las competencias sociales que permite al niño la adquisición de funciones críticas, como el lenguaje, las competencias de ficción, o el manejo de pautas de interacción cooperativas y competitivas como la negociación o el engaño respectivamente.

Así, que a través de la interacción social y la comunicación accede a un espacio común en el cual va a aprender y compartir con otros conceptos y emociones; y se establece a los tres años, cuando es capaz de percibir lo que él o los demás piensan, sienten o imaginan como objeto de atención (atención Conjunta).

Desde un planteamiento cognitivo el autismo es un déficit en la capacidad para mentalizar o lo que es lo mismo, para crear en su mente representaciones sobre lo que piensa, saben, imaginan o incluso, sienten los demás. Sin embargo, la alteración profunda de la comunicación y la interacción social de los niños autistas tiene su origen en un déficit de la teoría de la mente (Happé 1994).

Bruner (1975) admite que ciertas habilidades preverbales pueden ser precedentes o mecanismos que ayudan al niño a acceder al espacio mental compartido. Sobre las cuales son esas habilidades previas del desarrollo normal.

Hayes (1984) indicó que para implementar un espacio en común para aprender a establecer relaciones sociales y responder a estímulos sociales y vincularse afectivamente, la imitación constituye al desarrollo la comprensión de uno mismo y de los otros. En la fase de atención diádica la imitación es un elemento habitual del espacio común, y considerar como un intercambio social que se hace evidente cuando el niño responde con imitación, atención y sonrisa a la conducta previa del adulto.

Los niños normales antes de los doce meses, demuestran un crecimiento en su dominio de las interacciones con los demás y, al final del primer año de vida, ya han ampliado su ámbito de interacción incorporado al intercambio de sus intereses por los objetos o por los sucesos que tienen lugar a su alrededor.

En la fase intersubjetiva de intercambios triádicos, el niño muestra muchas y variadas conductas que ponen de manifiesto su apertura hacia la mente de los otros, para aprender cómo los otros ven al mundo y cómo usan los objetos y responden a los sucesos que tienen lugar en él. Se trata de conductas de atención conjunta, donde el niño atiende las experiencias y acciones por medio de las cuales los demás le presentan o muestran objetos, aprenden a realizar gestos para dirigir la atención de los otros con el propósito de lograr un objeto o una actividad o con el de compartir su experiencia con un adulto.

Estos comportamientos sugieren que el niño normal antes de los doce meses reconoce que los otros pueden ver e interesarse por lo mismo que él está viendo y que le interesa, que empieza a compartir su punto de vista con otros y a reconocer y asumir la perspectiva de otra persona y se consideran precursoras de la comunicación verbal (Bruner, 1975).

En cuanto a los niños con autismo, al final de su primer año de vida muestran alteraciones en habilidades comunicativas y sociales propias de esa edad y que se extienden hasta el segundo año. Como son el contacto ocular, dificultades en expresión, comprensión de emociones, interacción social y problemas con estímulos visuales y auditivos, otras deficiencias posteriores que suelen mostrar los niños con autismo son las complicaciones en el juego simbólico, las dificultades lingüísticas así como atribuir creencias, actitudes o intereses a los demás lo que implica el dominio y comprensión de intereses sociales, donde juega un papel fundamental las expresiones afectivas.

### Teoría de la mente

Una teoría psicológica ha levantado un interés enorme y ha demostrado ser hasta el momento extremadamente útil para predecir y explicar las características universales y específicas del autismo. En la cual se habla de la tríada de problemas comporta mentales del autismo, resultado de un trastorno en la capacidad básica humana para leer la mente. En torno a los cuatro años, los niños normales comprenden que las personas tienen creencias y deseos sobre las cosas y que son estos estados mentales los que determinan el comportamiento de una persona.

La explicación que la teoría de la mente del autismo plantea es que las personas autistas carecen de esta capacidad para pensar sobre los pensamientos y por eso tienen tantos problemas en ciertas habilidades comunicativas. Dan la expresión tan atractiva pero confusa de la teoría de la mente. Tener una teoría de la mente es ser capaz de atribuir estados mentales independientes a uno mismo y a los demás con el fin de explicar y predecir el comportamiento; la teoría de la mente fue concebida no como una teoría consistente, sino como un mecanismo cognitivo innatamente determinado, que

permite un tipo especial de representación: la representación de los estados mentales.

La expresión “teoría de la mente” hace referencia a la capacidad de atribuir estados mentales independientes a uno mismo y a los demás para explicar el comportamiento. Estos estados mentales deben ser tanto independientes del estado de hechos del mundo real como independiente de los estados mentales que otras personas tienen.

*Tabla 3. 1. Lenguaje y comunicación en el desarrollo normal y las fases tempranas del autismo. (Adaptado por Gilbert y Peeters, 1995).*

<b>EDAD (meses)</b>	<b>DESARROLLO NORMAL</b>	<b>DESARROLLO AUTISTA</b>
2	Gorgeo. Sonidos vocálicos	
6	“Conversaciones” vocales: con turnos en posición de frente a frente. Primeros sonidos consonánticos	Llanto difícil de interpretar.
8	Baluceo con variaciones de entonación incluyendo “entonación interrogativa”. Silabas repetitivas (ba-ba-ba, ma-ma-ma) primeros gestos de señalar.	Baluceo limitado o raro. No se imitan sonidos, gestos o expresiones.
12	Primeras palabras. jerga con entonación de oración. Lenguaje usado sobre todo para comentar juego vocal.  Uso de gestos y vocalizaciones para obtener atención, mostrar objetos y hacer preguntas.	Pueden aparecer las primeras palabras, pero con frecuencia carecen de sentido comunicativo.  Llanto intenso, frecuente, que sigue siendo difícil de interpretar.
18	Vocabulario de 3 a 50 palabras. Primeras oraciones. “sobre expresión” del significado. El lenguaje se usa para comentar, pedir y obtener atención. Imitaciones frecuentes de lenguaje.	
24	Se combinan de 3 a 5 palabras en “frases telegráficas” preguntas simples empleo de demostrativos, acompañados de gestos ostensivos. Pueden llamarse por su nombre más que con el “yo” a veces breve inversión de pronombres. No se sostienen temas el lenguaje se centra en el aquí y ahora.	Si las hay, menos de 15 palabras. A veces, las palabras “se pierden”, no desarrollan gestos. Limitación en gestos de señalar, si existen.

*Tabla 3.1. Continuación...*

<b>EDAD (meses)</b>	<b>DESARROLLO NORMAL</b>	<b>DESARROLLO AUTSTA</b>
36	Vocabulario de más de 1000 palabras. La mayoría de los morfemas gramaticales se denominan (plurales, pasado, preposiciones). Las imitaciones son infrecuentes a esta edad. El lenguaje se emplea cada vez más para hablar de lo no presente. Hay muchas preguntas, con objetivos de mantener interacción mas frecuentes que de obtener información.	Las oraciones son raras muchas ecolalias, pera poco lenguaje creativo pobre articulación en la mitad de los hablantes. La mitad o más de los niños con autismo no tienen lenguaje a esta edad.
48	Se cumplen estructurarar oracionales complejas. Capaces de sostener temas de conversación y añadir nueva información piden a otros que aclaren lo que intentan decir ajustan la cualidad del lenguaje al interlocutor.	Algunos combinan 2 o 3 palabras creativamente. La ecolalia persiste. En algunos se usa de forma comunicativa repiten anuncios de TV. algunos piden verbalmente.
60	Uso más adecuado de estructuras complejas. Generalmente, estructuras gramaticales maduras capacidad de juzgar oraciones como gramaticales o no. Se comprenden chistes e ironías y se reconocen ambigüedades. Aumenta la capacidad de ajustar el lenguaje a la perspectiva y el papel del interlocutor.	No comprenden ni expresan conceptos abstractos. No pueden conservar. Inversión de pronombres. Ecolalia, preguntas escasas y repetitivas.

(Tomado de Rivière, 1997, pp. 28-29).

### *Necesidades educativas y funcionalidad*

Posiblemente sea en este síndrome, donde los profesionales debemos ofrecer las máximas oportunidades de evolución personal y funcionalidad a los niños con autismo. Ya que se caracteriza por las dificultades en el desarrollo de la socialización y comunicación, así como en la autonomía necesaria para la adaptación a diferentes situaciones. Su desarrollo educativo se centra en mejorar las dificultades propias del síndrome, en aspectos tales como la organización y la estructuración del ambiente, así como el juego y el lenguaje.

La organización espacial.

Los niños con autismo deben tener un ambiente estructurado, predecible y con contextos directivos de aprendizaje. La estructura del ambiente facilita su ubicación personal e integración al contexto; pero no hay que ver tal integración

como una meta, más bien es el medio para conseguir una mayor flexibilidad mental, que proporcione instrumentos con los cuales interpretar, prever y manejar el futuro.

La organización temporal.

Los niños con autismo probablemente viven el mundo como una sucesión de escenas impredecibles y/o controladas, lo que contribuye no sólo a su desconexión, sino también a la manifestación de estados de ansiedad y nerviosismo, pudiéndose desatar problemas de conducta. Con esa sensación de la realidad, les resultará imposible tener una noción clara del tiempo, y más aún, relacionar situaciones con espacios determinados.

Tamari y Escribano (1990) mencionan que las capacidades viso-espaciales esbozan las pautas de una metodología educativa, marcándose como objetivo la representación de la realidad, mediante fotografías dentro del aula, las cuales se utilizan como sistemas anticipatorios, donde se pretende que los niños asocien una imagen a la acción que va a suceder a continuación, con el objetivo de que anticipe dicha acción con la presentación de la clave visual. Los autores indican como necesidades ambientales de los niños, las siguientes:

- Necesidad que el ambiente no sea excesivamente complejo sino, por lo contrario, relativamente simple.
- El ambiente debe de facilitar la comprensión de relaciones contingentes entre las conductas del niño y las contingencias del medio.
- El educador debe mantener actitud directiva, estableciendo de forma clara y explícita los objetivos, procedimientos y métodos de registro.

Los aspectos más importantes que se consideran en terapia son:

Juegos:

Se trabaja la imitación y la contra-imitación siguiendo ritmos sencillos.

Emocionales:

Existen dos aspectos importantes a tener en cuenta en la comprensión del niño con autismo respecto a sus dificultades emocionales: los niveles de ansiedad y su baja tolerancia a la frustración.

El llanto, rabietas, ecolalias repetitivas y rituales son aspectos comportamentales.

Autonomía:

La falta de autonomía en niños con autismo, es un factor que determina, en gran medida, el proyecto educativo. Y la modalidad de escolarización el cual implica que un niño pueda asistir a un centro educativo.

Las escasas habilidades de autodirección que presentan los niños con autismo, es un aspecto a tener en cuenta y al mismo tiempo, a desarrollar las acciones relacionadas con comidas, meriendas y vestido; en la capacidad académica no son necesarias para hacer tales actividades curriculares. Aunque, los contenidos académicos sí son necesarios para entender las claves que rigen al medio, para obtener la capacidad de seguir consignas en grupo y así mejorar su inserción social. Tratándose, en sí de una capacidad adaptativa básica.

Lenguaje y comunicación:

Las capacidades comunicativas, o más específicamente, el nivel de desarrollo del lenguaje oral, han sido hasta el momento uno de los aspectos centrales a considerar a la hora de orientar a un niño con autismo.

En primer lugar, deben cumplir dos requisitos, la falta de necesidad del lenguaje oral para llevar a cabo determinada actividad; y en segundo, plantearse como objetivo educativo el desarrollo de dicho lenguaje.

Socialización e interacción:

Otro aspecto central a tener en cuenta, es la toma de decisiones sobre el proyecto educativo. Éste toma en cuenta muy estrechamente la adquisición de

conductas imitativas, las cuales ayudan en la interacción en situaciones muy motivantes, donde los niños son capaces de imitar a sus iguales en la realización de movimientos motores gruesos. Del mismo modo pueden emplear la imitación de forma espontánea en una interacción que no entienden y que a la vez espera algo de ella. Este aspecto es quizás, especialmente relevante por el alto valor en la adaptación que tiene y, por tanto, el impulso al desarrollo en general.

Así mismo, se mencionarán los seis principales síntomas del autismo que Powers (2003) describe: la incapacidad de la mayoría los niños autistas para desarrollar las habilidades sociales, son extremadamente limitadas y parecen vivir en un mundo de exclusividad, separado de los demás e impenetrable para quienes permanecen excluidos de él. La falta de habilidad para relacionarse con el mundo de las personas es a menudo el indicio más inequívoco de autismo. Se les dificulta enormemente comprender y expresar las emociones, y cuando así llega a suceder dan muy pocas señales de apego, es decir, no establecen el vínculo emocional que se genera entre las personas.

El autor menciona que es posible que, el niño evite el contacto visual o que parezca mirar a los otros, como si no existiera. Los gestos sociales de los demás como sonreír, saludar con la mano, fruncir el entre cejo, pueden carecer de significado para él. Es posible que no desarrolle la sonrisa social sino muy tardíamente. Además, puede no jugar con los demás.

El síntoma importante del autismo lo constituyen los problemas del habla, del lenguaje y la comunicación, padece lo que se le denomina ecolalia, que consiste en repetir lo que se les ha dicho. En algunas ocasiones la ecolalia es inmediata o retardada. Así mismo, es posible que no utilice el lenguaje para comunicarse y que el lenguaje que llegue a emplear resulte repetitivo y se encuentre plagado de palabras y frases ilógicas (Powers, 2003).



Los niños autistas tienen lo que se llama necesidad de permanecer sin cambio, es posible que se alteren bastante si los objetos de su entorno o los horarios sufren alguna modificación sea de lugar o de estructura.

Otro punto que menciona Powers, es que un estímulo sensorial es todo aquello que tocamos, olemos, sentimos, vemos y oímos. Debido a que nuestros sentidos responden indiscriminadamente a todo lo que sucede a nuestro alrededor, nuestro cerebro se encarga de seleccionar y descartar aquellos estímulos que no son relevantes, permitiendo así que nuestra atención se concentre en la información más importante que en un momento determinado recibimos del ambiente. A los niños autistas se les dificulta llevar a cabo ese proceso de filtración. Pueden reaccionar excesivamente a los estímulos sensoriales, o bien, puede suceder que su nivel de respuesta a ellos sea muy bajo o casi nulo.

Como parte de sus problemas sensoriales, un niño autista puede sentir fascinación por las luces, las secuencias de colores, los logotipos, las formas o la configuración de las letras o las palabras. Puede así mismo confundirse al rascar o frotar ciertas superficies. De la misma manera, es posible que rechace furiosamente ciertos alimentos con determinada textura (Powers, 2003).

Los niños autistas tienen un ritmo de desarrollo diferente, es decir, un nivel por debajo de su edad en habilidades de comunicación, sociales y cognitivas; en contraste con un desarrollo relativamente normal en el área motora, sobre todo en habilidades para caminar, saltar, subir sillas y manipular con los dedos objetos pequeños.

A pesar de las limitaciones y problemas que tienen los niños con autismo en la socialización, comunicación y expresión, no están totalmente limitados para tales acciones, ya que los niños, según Piaget, son capaces de estructurar sus capacidades y conocimientos a partir de su entorno y de sí mismos, por medio

de la estructuración de sus experiencias anteriores, alcanzando una comprensión más profunda y desarrollando un nuevo concepto, el niño acomoda sus conocimientos nuevos a sus conocimientos viejos (Piaget, 1975),

Es por eso que se consideró a la pintura como un medio de expresión, de fácil acceso para los niños con autismo, donde ellos se dan a conocer por medio de sus obras. El binomio autismo-pintura anteriormente había sido expuesto en Europa, donde tuvo gran aceptación entre el público.

## **EL PERFIL DEL PSICÓLOGO EDUCATIVO EN EL TRABAJO CON NIÑOS CON ESPECTRO AUTÍSTICO.**

Para definir al psicólogo como “un profesional educado académicamente que ayuda a sus clientes a entender y resolver problemas aplicando las teorías y métodos de la psicología” (Roe, 2001, p. 6). Así, la ruta hacia la profesión, es decir, la educación académica es un elemento clave en la definición del psicólogo. Como otras profesiones, hay diversas especialidades dentro de la profesión psicológica. Así, es habitual diferenciar entre psicólogos clínicos, psicólogos educativos y psicólogos infantiles. Pero también, hay referencias a psicólogos de la salud, psicólogos del tráfico, psicólogos del deporte, psicólogos forenses, psicólogos de la economía.

Dos importantes observaciones deben hacerse: Primera, no hay una base sistemática simple para diferenciar entre las especialidades. Las principales áreas de especialización difieren con respecto al rol de los clientes o sujetos, el marco institucional en que deben situarse, el tipo de problemas a los que deben dirigirse, las conductas del cliente que deben identificarse como normales o anormales. Segunda, no hay algo llamado “generalista” en psicología: Todos los profesionales psicólogos de algún modo ejercen como especialistas.

Existe un modelo arquitectónico de competencias, el cual puede servir como una herramienta para construir un perfil de competencias comprensivo del psicólogo educativo. Un perfil de competencias se define como “una lista de competencias, subcompetencias, conocimientos, habilidades, actitudes como capacidades, rasgos de personalidad, estas son esenciales para desempeñar un trabajo o una ocupación. Cada uno de estos elementos debe ser descrito en términos de contenidos y nivel” (Roe, 2001, p. 4).

De acuerdo con *Integrative Profiling System* [Sistema Integrado de Perfilado] (Roe, 2001), deben seguirse los siguientes pasos para llevar a cabo un perfil de competencias en cualquier ocupación:

1. *Análisis ocupacional o de trabajo*: recoger información de roles, funciones y tareas que deben realizarse en un trabajo u ocupación particular;
2. *Análisis de competencias*: establecer las competencias requeridas junto con las formas asociadas de conocimientos, habilidades y actitudes, así como las disposiciones subyacentes, es decir, capacidades rasgos de personalidad y otras características;
3. *Modelizar las competencias*: Bosquejar un modelo mostrado en las relaciones entre las competencias particulares y los conocimientos, habilidades y actitudes relevantes, y así como las disposiciones.
4. *Contrastar el modelo de competencias*: evaluar la validez de modelo y establecer los parámetros de las variables que contribuyen o que presiden las competencias.

Los dos primeros pasos pueden llevarse a cabo mediante métodos convencionales de análisis de tareas y de trabajo (Gael, 1988; Shepard, 2001) en la práctica, el juicio de expertos y la conducta. Los últimos dos pasos pueden ser considerados como un refinamiento y una confirmación empírica del perfil de competencias.

Coll (1978) en su libro “La psicología educacional en el marco de las ciencias de la comunicación” considera la psicología de la educación fundamentalmente como la disciplina que se ocupa del estudio del comportamiento en situación educativa con dos objetivos completos, a dos dimensiones de aplicabilidad, muy bien definidos:

- Utilizar los resultados de dichos estudios para mejorar la eficacia de las intervenciones pedagógicas y, en general, de todo proceso educativo.
- Facilitar instrumentos operativos al psicólogo es colocar a los profesionales de la educación que les permitan tratar y resolver los problemas que se le presentan en el marco de los sistemas educativos.

El perfil del psicólogo educativo tiene como objetivo la intervención sobre el comportamiento humano, en situaciones educativas mediante el desarrollo de las capacidades de las personas, grupos e instituciones y su actividad profesional. Principalmente, está dedicado a la educación en todos sus diversos niveles y modalidades; tanto en sistemas formales e informales; asimismo interviene en todos los procesos psicológicos que afectan al aprendizaje personal, grupal, social y de la salud mental (Frances, 2007)

El psicólogo educativo interviene en el ámbito de lo familiar, organizacional, institucional y socio-comunitario y en las áreas de la detección temprana de trastornos en el desarrollo, realización de evaluación e informes psicoeducativos, asesoramiento al profesorado, detección de problemas de salud mental, derivación y seguimiento de casos, coordinación con servicios de salud mental e intervención individual con alumnos y familiares.

Las funciones del psicólogo educativo son de acuerdo con el autor como (Cabadas, 1982). La atención educativa en el área de desarrollo, desde las primeras etapas de la vida, para detectar, orientar, asesorar y prevenir a afectos socio-educativos de las diferentes discapacidades e inadaptaciones funcionales, psíquicas y sociales. La organización, planificación, desarrollo y evaluación psico-educativa referida a la valoración de las capacidades personales, grupales e institucionales en relación con los objetivos de la educación y también al análisis del funcionamiento de las situaciones educativas y determinar la más adecuada relación entre las necesidades individuales, grupales o colectivas y los recursos del entorno inmediato e institucional.

El psicólogo educativo ofrece apoyo al educador tanto en su actividad general: adaptación de la programación a las características evolutivas psico-sociales y del aprendizaje de los alumnos, organización del escenario educativo, métodos

de enseñanza-aprendizaje, niveles de concreción curricular, aplicación de programas psico-educativos concretos.

Fernández (1991) sugiere que como actuación educativa con alumnos de necesidades educativas y/o en situaciones educativas especiales, las actividades que realiza el psicólogo educativo son: las adecuaciones curriculares, el diseño de programas individuales, actuaciones compensatorias, variaciones en atención a la diversidad, formación permanente y apoyo didáctico al educador sobre las áreas evolutivas, cognitivas comportamentales, psico-sociales e institucionales. Igualmente, en la elaboración y desarrollo de proyectos educativos de centro de proyectos de innovación curricular, integración, nuevas tecnologías, cambios organizativos, metodológicos requeridos por estos proyectos, en la línea de hacer competentes a las propias instituciones en la realización de los fines que proponen.

En particular, el psicólogo educativo de la Universidad Pedagógica Nacional, durante la fase de formación en el campo de “Problemas del escolar e integración educativa” (UPN, 2006) tiene una formación de orden conceptual en materias como “Instrumentos de psicodiagnóstico” y “Problemas de aprendizaje” que se consideran prerrequisitos para el trabajo con alumnos que presentan necesidades educativas especiales. Durante la formación de campo, los alumnos desarrollan las siguientes habilidades:

1. Analizar las aportaciones innovadoras de la intervención psicopedagógica en el ámbito escolarizado en el marco de las necesidades educativas especiales.
2. Analizar la viabilidad de las estrategias de intervención psicopedagógica en el ámbito de las necesidades educativas especiales.
3. Diseñar programas de intervención psicopedagógica en el marco de las necesidades educativas especiales.
4. Discutir las funciones del psicólogo y su participación en el diseño y desarrollo de estrategias de intervención psicopedagógica (Saad, Hernández, Herrera, San Miguel, De la Rosa y García, 1994, p. 3).

Desde el ámbito de la educación para la salud, interviene un proceso multidisciplinario, ya que la mayoría de los problemas de salud son causa y efecto de aspectos sociales, culturales y la posibilidad de integrar los aspectos biológicos del fenómeno, salud, enfermedad y estén presentes en el entorno en que actúa e interactúa el individuo. La Secretaría de Salud (SSA) indicó que para cumplir la finalidad de la educación para la salud anotada en la definición es necesario precisar que sus objetivos sean llevados a la práctica, lo mismo en la educación formal como en la no-formal. Se destacó que la educación para la salud puede ser entendida como una disciplina relacionada con la salud pública, o interpretada como un proceso o práctica de enseñanza-aprendizaje; Martínez (1984) señaló que el psicólogo educativo cumple con las diversas funciones marcadas en lo referente a la educación para la salud, ya que es capaz de organizar, diseñar, implementar, evaluar, sensibilizar y dar información y formación.

Cortiglia (1999) señaló que la participación del psicólogo educativo para la atención de las necesidades educativas especiales, se fundamenta en el diseño de programas educativos, el diseño y adaptación del currículo es el elemento central que guía las actividades, es el marco de referencia y la base de la atención educativa con miras a satisfacer dichas necesidades. En el currículo, el psicólogo educativo define los propósitos, los contenidos, la metodología de enseñanza, los criterios de evaluación y las adecuaciones pertinentes.

En este sentido, el psicólogo educativo actúa promoviendo y organizado la información y formación para los profesores de escuelas regulares, los padres de familia y otros especialistas del área de salud, en una línea de apoyo al desarrollo integral del niño con necesidades educativas especiales, asociadas al espectro autístico; en realización e intervención para la mejora de las relaciones sociales y familiares y la colaboración afectiva de las familias y educadores, promoviendo la participación familiar; así como el impulso a la cooperación, coordinación de los servicios, instituciones, organizaciones

sociales del entorno y culturales; como también puede asesorar técnicamente a los responsables de la toma de decisiones de la planificación y actuación a partir de su pronunciamiento especializado y de su aplicación al análisis y estudio del sistema educativo en una línea de mejora de la atención educativa (Gilolmo, 1989).

Gracias al bagaje de conocimientos y habilidades que se conjuntan en el psicólogo educativo, fue posible la realización de la organización, diseño, implementación, evaluación y difusión del taller. El psicólogo educativo egresado de la Universidad Pedagógica Nacional recibe formación que le permite llevar con éxito la elaboración de proyectos que implican un diseño instruccional, el cual fue un componente fundamental para el desarrollo del “Taller de pintura para niños con autismo”; así como el desarrollo de habilidades de gestión que implicaron la invitación, sensibilización e información para la participación de los pintores.

Posteriormente, esta formación se ve enriquecida con la experiencia laboral, como lo es la colaboración como psicólogo en el HPIDJNN, en la realización de entrevistas, cartas descriptivas, notas en expedientes o el conocimiento sobre la patología del espectro autístico. Esta última con sesiones bibliográficas, asesoramiento personalizado, asistencia a cursos, congresos nacionales e internacionales y especialización en valoración psicológica y tratamiento del espectro autístico.

De acuerdo con el perfil de egreso de la Universidad Pedagógica Nacional, el psicólogo educativo es capaz de diseñar y desarrollar estrategias de formación y/o actualización de una forma de intervención terapéutica dentro del HPIDJNN. Así mismo, y de acuerdo al perfil y la experiencia clínica, el psicólogo educativo pudo realizar programas y diagnósticos, al igual que intervenciones grupales, llegando a la comprensión de las condiciones físicas y cognoscitivas propias de



niños con autismo y la relación de ellos dentro del taller de pintura para niños con espectro autístico.

### *Pintura y autismo*

En el año de 1997, se presentó la primera exposición internacional de arte de personas con autismo, a través de la “Asociación Internacional de “Autismo-Europa y de la Federación Autismo España”. La cuál se presentó en el V Congreso Internacional de Autismo en Europa; en octubre de 1997 en Barcelona; noviembre 1997 en Luxemburgo; noviembre-diciembre 1997, enero 1998 en Portugal; Reino Unido e Irlanda, finalmente, en febrero-marzo de 1998 en París. En la inauguración de dicha exposición, el Dr. Ángel Rivière realizó la conferencia “símbolos, arte y autismo”, en la cual señalaba que:

Entender que las personas con autismo pueden hacer un arte muy peculiar en que las formas, en el sentido más estricto, como por ejemplo el color, puede jugar un papel mucho más decisivos y en el que la intuición del color y la forma no se siente sometido al imperialismo del significado como ocurre inevitablemente en la gente normal.

En su campo propio, en el mundo de lo visual, la pintura, las capacidades de representación y viso espaciales pueden ser iguales o incluso superiores a las de las personas normales. Si tenemos altas capacidades viso espaciales, característicamente apreciable en autistas y una poderosa intuición que no está tan condicionada por el significado ya que podemos empezar a entender la mecánica de este arte.

Un arte que expresa emoción, no necesariamente tiene la intención de, expresar la emoción de otro. El arte de las personas con autismo no esta constituido por un intérprete potencial, sino como una expresión de la emoción propia.

Ésta es una expresión emocional de sistemas simbólicos que no son el lenguaje, son otros símbolos, estamos hablando del arte desde el silencio, quizás son los símbolos del silencio (Extractos de ponencia de Ángel Rivière en la 1ª jornada internacional sobre autismo y creatividad, Burgos; 1997).

Incluso en Inglaterra ya se ha publicado el trabajo denominado “Arte, terapia y desarrollo de habilidades de comunicación en niños con autismo” [*Art therapy and the development of communicative habiliteís in children with autism*], tesis doctoral de la Universidad de Hertfordshire (Evans, 1997).

En 2000, se realizó la segunda exposición de la Asociación Internacional de Autismo-Europa y la Federación Autismo España. En México, La Aurora y la práctica entre varios llevo a cabo en 2003 la primera exposición de “Arte como terapia para niños autista y psicóticos”. En 2005, también en México, tuvo lugar en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro (HPIDJNN) por la Asociación Mexicana para Estudio y Tratamiento del Autismo y otros Trastornos del Desarrollo I.A.P. (AMETATD) el taller de verano “*La posibilidad de crear y reproducir un mundo sin imaginar*”.

## CONTEXTO LABORAL

### *Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”*

Este hospital fue fundado el 24 de octubre de 1966. En su inicio contaba con dos pabellones para pacientes y uno para pacientes agudos, los espacios se han ido modificados a lo largo del tiempo con base en las demandas hospitalarias de los servicios de salud mental. Hospitalización es en servicio que a la fecha continúa vigente para aquellos niños y adolescentes que sufren de alteraciones psiquiátricas agudas, que limitan e impiden su estancia dentro del núcleo familiar por el riesgo de autodañarse o dañar a los que se encuentran a su alrededor.

El hospital fue diseñado en un principio con un área de consulta externa y un área de hospitalización, la cual era conformada por cuatro pabellones:

Pabellón A: atendía a mujeres con padecimientos psiquiátricos crónicos.

Pabellón B: atendía a varones con trastornos agudos.

Pabellón C: atendía y, a la fecha se continúa tratando, a pacientes varones con trastornos agudos.

Pabellón D: atendía a mujeres con trastornos agudos.

Es en el año de 1984 cuando HPIDJNN presenta modificaciones en cuanto a los pabellones arriba mencionados; el pabellón A fue transformado en Hospital de Día, trasladando a las pacientes mujeres con trastornos crónicos al pabellón D donde están las pacientes que presentaban padecimientos agudos. Los pacientes del pabellón B fueron canalizados en su mayoría a otros hospitales, granjas u orfanatos.

En el año de 1999 son separadas las adolescentes con trastornos agudos, situándolas en el pabellón D, lugar que es conocido hoy en día como Unidad de Adolescentes Mujeres (UAM). Los pacientes con padecimientos crónicos, tanto

mujeres como varones, son reunidos en un área que actualmente es conocida como Unidad de Cuidados Prolongados (UCP).

En relación al pabellón C, continúa con la atención de varones con trastornos agudos y a partir de la creación de PAIDEIA (Programa de Atención integral para Niños y Adolescentes Farmacodependientes) constituido con el apoyo económico de la Comunidad Económica Europea, debido a la demanda de la atención, aproximadamente en el año 1990, en la unidad de varones, se quedan pacientes agudos psicóticos o con otro trastorno, en lo que se conoce como Unidad de Adolescentes Varones (UAV).

Es en febrero de 2000, que se inicia un sistema de hospitalización parcial diurno, dentro del programa general de la Unidad de Adolescentes Varones, a la atención de aquellos pacientes que necesitaban un tratamiento intensivo, aunque sin reunir los requisitos para su hospitalización continua; actualmente son atendidos de manera multidisciplinaria, un promedio de siete pacientes, abarcando aspectos psiquiátricos, psicológicos, conductuales y familiares.

Como bien se sabe, el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, es una institución asistencial única en su género dentro de la secretaria de Salud, ya que brinda el apoyo a niños y adolescentes de toda la República Mexicana que tienen una alta incidencia de trastornos mentales, problemas de conducta, trastornos del desarrollo (retardo en el desarrollo del lenguaje, trastornos mixtos del desarrollo), problemas de aprendizaje, trastornos por déficit de atención con y sin hiperactividad, así como otros síndromes y síntomas especiales como tics, tartamudeo, enuresis, encopresis, farmacodependencia, depresión y psicosis, entre otros.

Los niños que acuden para ser atendidos en esta institución requieren ser valorados para determinar un diagnóstico que les permita la intervención oportuna, mediante tratamientos multidisciplinarios que ayuden a la disminución

de las repercusiones familiares, escolares y sociales de los trastornos que se presentan, ya que si los niños no son tratados oportunamente, está el riesgo de desarrollar problemas de farmacodependencia, delincuencia, fracaso escolar, así como dificultades para adaptarse conductual y socialmente (ver figura 1. Organigrama del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, 2006).

El Hospital “Dr. Juan N. Navarro” es una institución que maneja tanto la Referencia (consiste en canalizar a otro hospital cuando no se cuenta con el servicio requerido), como la Contrarreferencia (misma que consiste en atender pacientes canalizados por otro hospital o institución cuando este no tiene la especialidad que el paciente necesita).

La población que es atendida en este hospital es referida principalmente por la escuela, la cual es un filtro de gran importancia, porque es uno de los primeros ámbitos en los que se detectan los problemas que se presentan los menores; también llegan pacientes enviados por otras instituciones en las que no pueden ser atendidos. Cuando acuden por primera vez, los niños para ser atendidos deben pasar por las siguientes fases:

- I. Preconsulta: esta se lleva a cabo en el área de admisión, en consulta externa, en donde el paidopsiquiatra o médico residente hace una entrevista con los padres y una valora al menor para determinar si es candidato o no a recibir los servicios que ofrece la institución y dar un diagnóstico presuntivo con base en la presencia de los diferentes padecimientos psiquiátricos de mayor mortalidad en esta institución, dentro de los cuales están:

- Trastornos hiperkinéticos.
- Episodios depresivos.
- Trastornos generalizados del desarrollo.
- Trastorno depresivo recurrente.
- Otros trastornos de ansiedad.
- Retraso mental leve.
- Trastorno del humor (afectivo).

**Otros trastornos neuropsiquiátricos como:**

- Epilepsia ideopática con convulsiones de presentación localizada.
- Epilepsia sintomática con crisis parciales simples.
- Epilepsia sintomática con

- persistente.
- Trastorno de conducta.
  - Trastornos mentales y de comportamiento por múltiples drogas.
  - Falta de desarrollo fisiológico normal esperado.
  - Otros trastornos mentales debido a lesiones y disfunción cerebral.
  - Problemas relacionados con hechos negativos en la niñez.
  - Reacción al estrés grave y trastornos de adaptación.
  - Trastornos mixtos de la conducta y de la emociones.
  - Trastorno mental y del comportamiento por disolventes volátiles.
  - Esquizofrenia.
  - Trastornos esquizotípicos e ideas delirantes.
  - Trastorno bipolar.
  - Trastorno disociativos de conversión.
  - Trastorno de conducta alimentaría.
  - Trastorno de los hábitos de los impulsos.
  - Trastorno de la identidad de genero.
  - Trastorno del desarrollo psicológico.
  - Trastornos emocionales de comienzo específico en la niñez.
  - Trastornos del comienzo específico de la niñez.
  - Otros trastornos emocionales de comportamiento de la niñez y de la adolescencia.
  - Epilepsia.
- crisis parciales complejas.
  - Epilepsia y síndromes epilépticos idiomáticos generalizados.
  - Otra epilepsia y síndromes epilépticos generalizados.
  - Síndromes epilépticos especiales.
  - Crisis de gran mal no especificadas.
  - Pequeño mal.
  - Otras epilepsias.
  - Epilepsias de tipo no especificado..
  - Estatus epilépticos.
  - Migraña.
  - Otros síndromes de cefalea
  - Ataques cerebrales transitorias de isquemia.
  - Alteraciones del sueño.
  - Alteraciones en el ciclo sueño-vigilia.
  - Narcolepsia y cataplejía.
  - Parálisis cerebral infantil
  - Hidrocefalia.
  - Encefalopatía toxica.
  - Entre otros.

En caso de que los pacientes tengan algunos de los padecimientos mencionados, el médico hace una nota clínica a máquina y dependiendo del padecimiento y edad, lo canaliza alguno de los servicios de especialidad en paidopsiquiatría como: Clínica de las emociones, clínica de la conducta, clínica

de la adolescencia, alteraciones del desarrollo, PAINAVAS y *terapia ambiental* (servicio donde se trata a pacientes con autismo) para ser atendidos.

- II. Entrega de documentos: se da una segunda cita para que se abra un expediente, solicitando a los padres algunos documentos como: copia fotostática del acta de nacimiento del menor, comprobante de domicilio y copia de credencial de elector de la persona responsable del menor referido.
- III. Trabajo social: ya abierto el expediente, pasan a trabajo social en donde hacen una entrevista con el familiar o responsable legal para asignar clave de nivel socioeconómico, ya que en función de esta será el costo de los estudios y consultas; se sella el carnet con el nivel asignado y se lo entrega al familiar o responsable legal, informándole además de actualizar cada seis meses la información proporcionada en la ficha socioeconómica inicial llenada.

#### IV. Pago en caja.

Cuando son pacientes que se presentan con sintomatología aguda y amerita el internamiento, se cumple con el siguiente procedimiento:

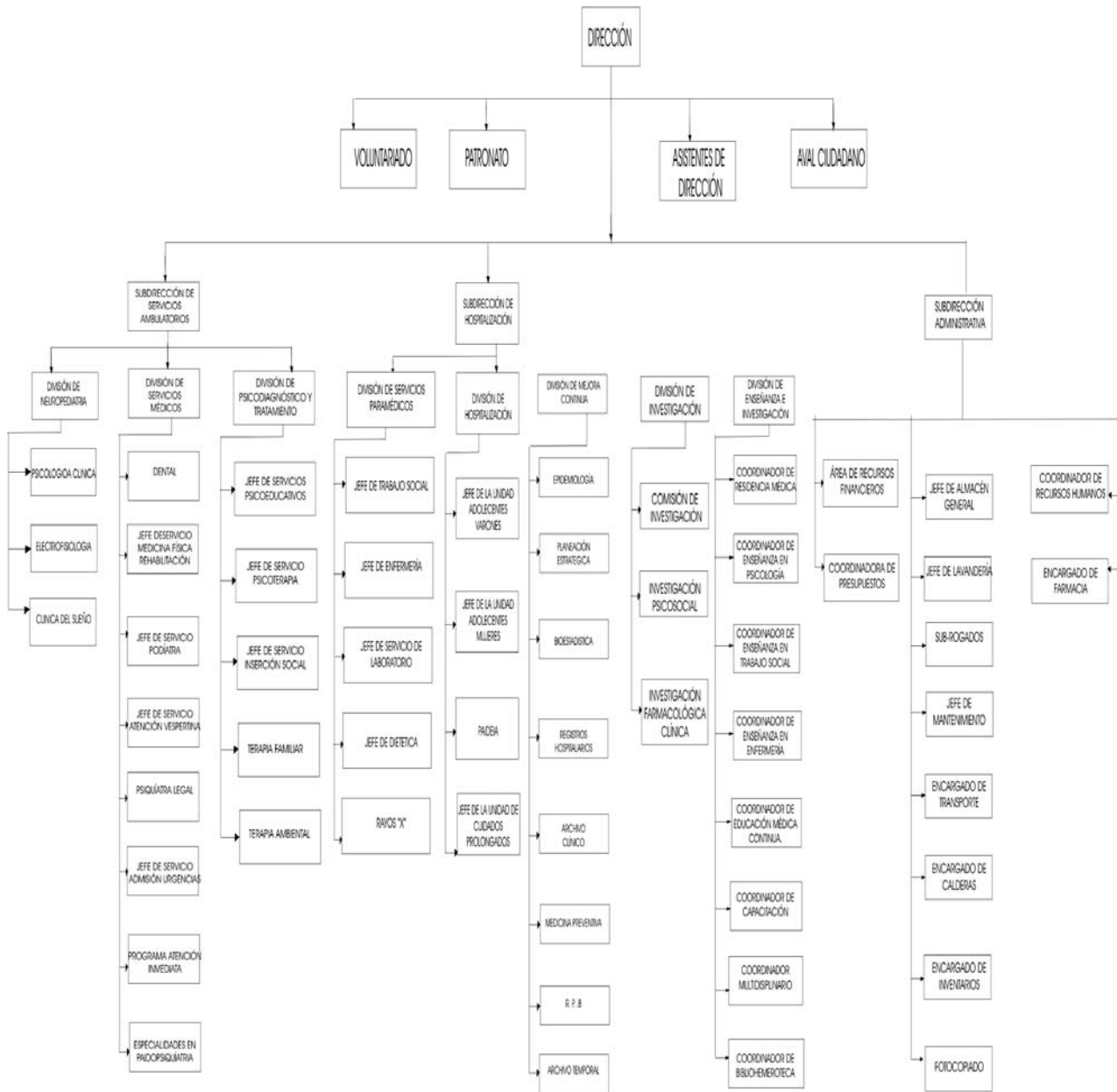
- El paciente asiste a urgencias: el médico recibe al paciente y elabora una nota inicial del padecimiento, añadiendo al lugar donde se va a ingresar, llena una hoja con los derechos y responsabilidades del paciente.
- Apertura de expediente.
- Uniforme: la enfermera va por el menor y lo lleva a cambiar su ropa de calle por el uniforme de la unidad en la que va a ser internado, ya sea unidad de adolescentes mujeres (UAM), unidad de adolescentes varones (UAV) o PAIDEIA.

- Revisión médica: la enfermera revisa que el paciente no muestre signos de maltrato físico, ni contenga objetos no autorizados.
- Participación de trabajo social: el trabajador social del área explica al paciente y familiares el reglamento de la unidad y entrega las pertenencias del menor a sus familiares, orienta a demás a los familiares sobre el proceso administrativo y el reglamento de hospital e inicia los documentos que debe traer al día siguiente para al paciente, realiza el estudio de trabajo social y planea la intervención integral en el ámbito familiar o social, cita a la familia para ser entrevistados por el médico tratante del paciente.
- Entrevista con el médico jefe de servicio: ésta es dentro de las primeras 24 horas hábiles del internamiento. La entrevista se efectúa con la familia y el paciente; el médico adscrito y residente realizan un diagnóstico y una propuesta terapéutica integral psicofarmacológica y rehabilitatoria, asignan al paciente a los diferentes equipos de trabajo, revisan el expediente y, de acuerdo con las entrevistas previas, elabora una nota de revisión e ingreso anotando las indicaciones y propuesta terapéutica en las hojas apropiadas que deberán integrarse al expediente clínico.

El equipo interdisciplinario, constituido por psicología, trabajo social y enfermería, está presente durante la entrevista para complementar las observaciones realizadas entre ellos.



ORGANIGRAMA ACTUAL  
AGOSTO 2006  
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL  
DR. JUAN N. NAVARRO



DHGO/mnfs

Fuente División de Mejora Continua

Figura 5. 1. Organigrama del Hospital Psiquiátrico Infantil.

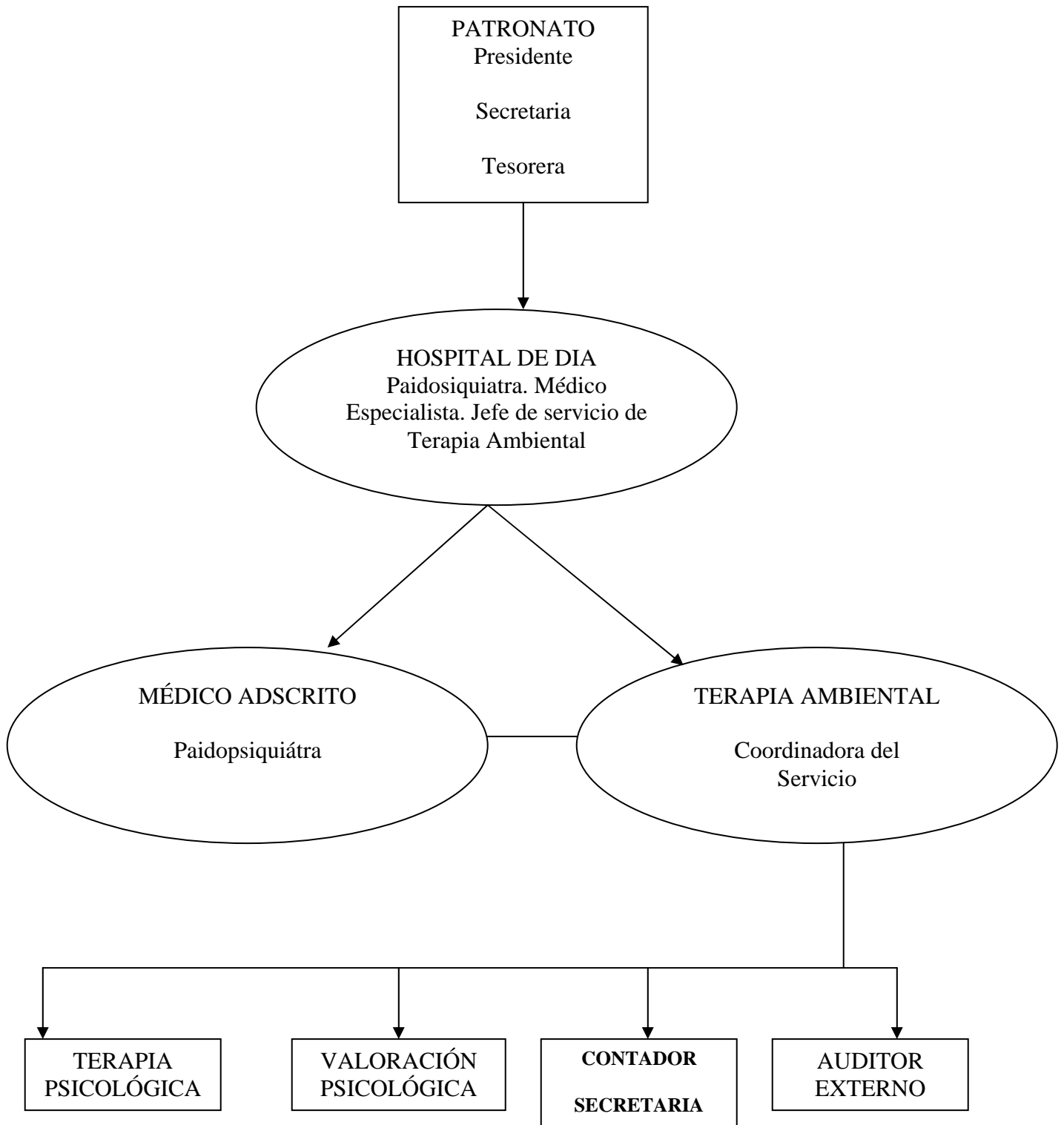


Figura 5. 2. Organigrama de la AMETATD I. A. P .

*Asociación Mexicana para el Estudio y Tratamiento del Autismo y otros Trastornos del Desarrollo IAP (AMETATD).*

En 1980 surge el área de *terapia ambiental* dentro del hospital psiquiátrico infantil “Dr. Juan N. Navarro” (HPIDJNN), en donde ya se atendía a pacientes con autismo y es cuando el padre de un paciente con recursos económicos viaja a Inglaterra y conoce la “National Autistic Society (NASC)” y sus publicaciones acerca de niños con este trastorno, las cuales comparte con el Dr. Jorge Escotto Morett y la Psicóloga Elvira Murga del Valle, quienes a su vez inician el contacto con esta asociación y otras relacionadas. En 1983 viajan al Primer Congreso de Autismo en Europa organizado en París, Francia, en compañía de otros médicos y padres de familia.

Posteriormente visitan la NASC en Londres y surge en ellos la idea de crear una asociación en la ciudad de México para tratar a niños con Autismo, y es en 1984, cuando se constituye la *Asociación Mexicana para el Estudio y Tratamiento del Autismo y otros Trastornos del Desarrollo IAP (AMETATD)*, perteneciente a la Junta de Asistencia Privada. Su objetivo era encontrar un medio por el cual se ofreciera un tratamiento más completo eficaz y gratuito a todos los niños que presentaran algún trastorno del tipo autístico, así como colaborar con la Secretaria de Salud, en este caso con el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” (HPIDJNN).

En esa época el Autismo no era un trastorno conocido ni estudiado en México; sin embargo, en la actualidad ocupa el tercer lugar entre los trastornos prevalentes dentro de esta institución, la cual es un lugar representativa de toda la República Mexicana, por ser el único hospital en el que se practican especialidades psiquiátricas infantiles (de ahí la importancia de su estudio y tratamiento).

La AMETATD IAP se encuentra ubicado en el edificio “Hospital de Día” del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” (HPIDJNN) con domicilio en Av. San Buenaventura No. 86 Col. Belisario Domínguez, Tlalpan, la asociación y el hospital son organismos independientes que trabajan hacia el mismo fin:

*Proporcionar a la población de niños con Autismo, una evaluación psicológica y tratamiento multidisciplinario para lograr su funcionalidad y adaptación a la sociedad en la que viven, evitando así su segregación y rechazo.*

La AMETATD IAP cuenta con un paidopsiquiatra, quien funge como Presidente del Patronato de dicha asociación y, además, es jefe de Servicio. Una psicóloga que desempeña las funciones de Tesorera del patronato y Coordinadora del Servicio de Terapia Ambiental, una secretaria del Patronato, tres Psicólogas y una enfermera que dan tratamiento a los pacientes que presentan comportamiento autista. Así como dos psicólogas que realizan la valoración específica mediante diferentes pruebas y escalas adquiridas por AMETATD IAP, para llegar a un diagnóstico más preciso e integral y valorar el desarrollo infantil, también laboran ahí un Contador, una secretaria y un Auditor Externo,. En total son once personas contratados por la asociación.

Es importante resaltar el apoyo de otros servicios que forman parte del HPIDJNN como es el caso de una terapeuta y una enfermera que apoyan en el tratamiento grupal e individual en pacientes con Síndrome de Asperger, para estimular su socialización, Enfermería para hospitalización Parcial en actividades de autocuidado, control de esfínteres, nuevos alimentos a la dieta, terapia de lenguaje, Rehabilitación física, Jardinería, Apoyo psicopedagógico, Educación especial, Modificación conductual, Neuropediatra, paidopsiquiatras, Trabajo social, Psicomotricidad, que presentan su servicio en colaboración con AMETATD IAP para el beneficio de los niños, al tratarlos en forma interdisciplinaria.

La misión de AMETATD IAP es diagnosticar y tratar a la población de niños con Autismo (que demanda dicho servicio) en el Distrito Federal y área metropolitana para mejorar su calidad de vida y su desarrollo dentro de la sociedad.

La AMETATD IAP pretende funcionar como órgano rector reconocido en la República Mexicana por la experiencia y eficacia en el tratamiento individualizado que realizan sus especialistas, mediante el *Programa de Terapia Ambiental*. Así mismo se trata de replicar este modelo a centros de apoyo en el interior del país para el tratamiento del Autismo y otros trastornos del desarrollo.

Los objetivos de la asociación son:

- Mejorar la calidad de vida de los niños con autismo y sus familias.
- Lograr que los pacientes sean autosuficientes en la medida de sus capacidades e insertarlos a la sociedad.

Los objetivos institucionales son:

- Proporcionar capacitación a los padres de familia.
- Tener un lugar adecuado y propio para desarrollar sus objetivos.
- Diagnosticar y dar un servicio especializado a niños con síntomas del Espectro Autístico.
- Contratar más terapeutas especializados que refuercen el trabajo y eliminen la lista de espera para valoración y tratamiento.

*Tabla 5. 1. Servicios que proporciona la AMETATD, I.A.P.*

<b>Servicios</b>	<b>Características</b>
<b>VALORACIÓN PSICOLÓGICA</b>	Sesiones, una vez por semana con cada uno de los pacientes hasta concluir su estudio. Realización de tres tipos de estudio: Valoración de desarrollo Valoración de procesos cognoscitivos Perfil clínico Entrega de resultados y sugerencias en la revisión de caso con el jefe y coordinadora del servicio.

Tabla 5.1. Continuación...

<b>Servicios</b>	<b>Características</b>
<b>TERAPIA INDIVIDUAL Y GRUPAL</b>	<p>Dentro de las cuales operan diferentes modalidades: TERAPIA REGULAR.</p> <p>Sesiones de una vez por semana de aproximadamente 45 minutos.</p> <p>Recomendaciones para los padres de familia.</p> <p>Sugerencias para el tratamiento en casa.</p> <p>Trabajo en equipo (padres-especialistas-escuela).</p> <p>Consulta y evaluación del avance del niño.</p> <p>Diseño de programas de rehabilitación en casa.</p> <p>Programas a casa:</p> <p>Para niños con síndrome de Asperger o niños con Autismo Moderado (Kanner) que sean más funcionales.</p> <p>Programas de evaluación y terapéuticos.</p> <p>Sugerencias para el tratamiento a casa.</p> <p>Una consulta cada dos meses.</p> <p>Trabajo de adaptación para los padres de familia.</p> <p>Programas personalizados.</p> <p>Programas a pacientes foráneos:</p> <p>Servicio de consulta y evaluación para el interior de la República Mexicana.</p> <p>Tratamiento de rehabilitación llevada fuera del Distrito Federal.</p> <p>Visitas esporádicas a <b>AMETATD I.A.P</b></p> <p>No hay periodo definido de consultas.</p> <p>Mayor tiempo para la rehabilitación</p>
<b>TALLER DE CÓMPUTO</b>	<p>Es dirigido a niños con síndrome de Asperger debido, a las características que los hacen más funcionales, pues cuentan con un nivel de comprensión y son capaces de manejar la computadora, esto gracias a los procesos superiores de Análisis y Síntesis visual que poseen.</p>
<b>JARDINERÍA</b>	<p>Se busca el contacto con los elementos tierra y agua, así como conocer el proceso desde la siembra de la semilla hasta el cuidado de la planta. El trabajo se hace en grupo.</p>
<b>VIDA DIARIA</b>	<p>Se trabaja aspectos de autocuidado como el vestirse, desvestirse, preparación de alimentos, etc., que favorezcan la autonomía de los niños que se atiendan en este servicio.</p>

*Tabla 5. 2. Actividades regulares del equipo de trabajo en AMETATD I.A.P.*

<b>Actividades</b>	<b>Descripción</b>
Investigación	Se realizan investigaciones bibliográficas y estadísticas para explorar relaciones correlacionales y seguir conociendo acerca del trastorno con base en los datos existentes de todos los estudios realizados a los niños en el servicio de valoración.
Organización de cursos dirigidos a padres y maestros	Se proporciona información y orientación acerca del tema, así como estrategias específicas para el trato con los hijos y los alumnos que tienen el trastorno.
Formación de profesionales	Se abren las puertas a profesionales de la salud mental para la realización de tesis, servicio social y prácticas profesionales, así como para el conocimiento del servicio de <b>Terapia Ambiental</b> .
Sesiones bibliográficas	Son dirigidas al equipo de trabajo para la actualización y revisión de temas relacionados con las labores o funciones realizadas.
Juntas del equipo interdisciplinario	Ya sea para la discusión de algún caso o para la mejora y reorganización del servicio.

Los datos relativos a la población que recibe atención actualmente son los siguientes:

*Tabla 5. 3. Programas y población que se atiende.*

<b>PROGRAMAS</b>	<b>Pacientes atendidos</b>
Pacientes de valoración Psicológica en este momento	45
Total de pacientes ya valorados en el servicio de valoración Psicológica	663
Pacientes en lista de espera dentro del servicio de valoración Psicológica	500
Pacientes en terapia regular	132
Pacientes con programa a casa	28
Pacientes con programa a Foráneos	<u>45</u>
<b>Total de pacientes atendidos en este momento por el personal de AMETATD IAP</b>	<b>250</b>
	<b>180 niños, 70 niñas</b>

Como asociación que pertenece a la junta de Asistencia Privada, la *AMETATD IAP* se mantiene de donativos logrados por la Tesorera del Patronato de la *Asociación Mexicana para el Estudio y Tratamiento del Autismo y otros Trastornos del Desarrollo IAP*; entre los principales donadores se encuentran las corporaciones:

- Congeladora Morelia.
- Fundación Cygnus (Institución de Asistencia Privada).
- Fundación GBM.
- Teletón.
- Nacional Monte de Piedad.

En el caso específico de los pacientes con sospecha de autismo, la canalización al servicio de *terapia ambiental* es la siguiente.

- I. Preconsulta: en esta fase el paciente ingresa por consulta externa y el médico elabora la entrevista determinando que el menor presenta probable autismo.
- II. Paciente referido a Hospital de Día: específicamente al servicio de *terapia ambiental*, donde es valorado por el especialista en autismo, en caso de contar con los antecedentes y sintomatología autística, el paciente es enviado con la secretaria del médico adscrito al servicio para que le proporcione una cita de primera vez y le sea elaborada la historia clínica.

En el caso de que el médico especialista determinara que no corresponde al servicio, el paciente es regresado a consulta externa para que lo evalúen de nuevo y canalicen al servicio que le corresponde.

- Canalización al servicio de valoración psicológica y diagnóstico: las psicólogas de *AMETATD IAP* programan las citas correspondientes al estudio psicológico que determinará si el paciente presenta o no, conducta autista y qué tipo de autismo se trata.



- Revisión de caso con el médico especialista y coordinadora del servicio: ésta se lleva a cabo una vez que las psicólogas concluyen la valoración para comentar los resultados obtenidos en la evaluación y la impresión diagnóstica. El médico especialista termina de integrar el estudio y determina el diagnóstico del paciente con sugerencias para su tratamiento en función de lo observado y obtenido en la valoración.
- Tratamiento: si el diagnóstico de autismo se corrobora es enviado a *terapia* para la intervención en la modalidad bajo la que el paciente necesite ser intervenido (terapia individual, grupal, programa a casa o foráneo) con la orientación respectiva a padres y maestros para el manejo del menor, así como también a los diferentes servicios del *HPIDJNN* que el paciente requiera (medicina física, terapia de lenguaje, apoyo psicopedagógico, etc.).
- Consultas subsecuentes con el médico especialista al servicio: una vez que se les dio de forma verbal la entrega del diagnóstico y se canalizó a tratamiento, los padres y pacientes acuden con el médico adscrito al servicio para el manejo farmacológico (en caso de requerido) y darle seguimiento al caso del paciente con autismo (ver figura 5.3).

Es importante mencionar que cada uno de los servicios de especialidad en paidopsiquiatría (clínica de emociones, clínica de conducta, clínica de la adolescencia, alteraciones del desarrollo y terapia ambiental, cuenta con el siguiente equipo humano):

- Jefe de servicio (médico paidopsiquiatra).
- Médico adscrito.
- Psicólogas.
- Enfermeras.
- Trabajo social.

## CONSULTA EXTERNA

## TERAPIA AMBIENTAL

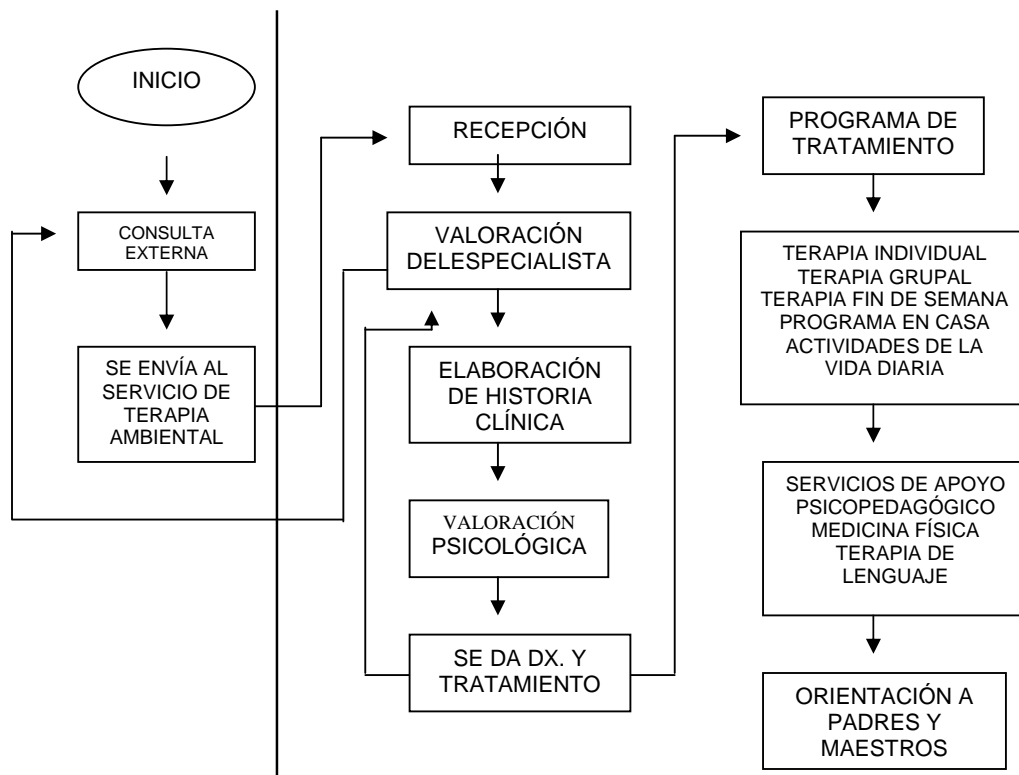


Figura 5. 3. Flujograma de Terapia Ambiental.

### Terapia Ambiental

En el caso del servicio de *terapia ambiental* que es donde se encuentra la *Asociación Mexicana para el Estudio y Tratamiento del Autismo y otros Trastornos del Desarrollo IAP*, este cuenta con:

- Jefe de servicio (médico paidopsiquiatra) y presidente del patronato, quien es fundador de *AMETATD IAP* y coordina todo el servicio. Jefe del programa de terapia ambiental. Se encarga de atender a los pacientes de primera vez y también a los que se les confirma el diagnóstico de autismo una vez concluida la valoración psicológica. Así mismo canaliza a los servicios correspondientes que brinden el apoyo terapéutico para el menor diagnosticado. Paralelamente se encarga de la formación de médicos y psicólogas en el tema específico del espectro autista.

- Coordinadora de terapia y tesorera del patronato, quien es responsable del proceso para obtener donativos de diversas instancias, llenar formatos en los que se recaba la información de la institución, necesidades y visitas a organizaciones. En su función de coordinadora, elabora los programas de actividades de cada una de las áreas que la conforman (terapia, valoración, taller) y supervisa que dichos programas sean aplicados por el personal contratado de manera ética y profesional.
- Secretaria del patronato, quien tiene la función de elaborar y entregar los registros de las actas a la junta de asistencia privada para informar sobre el movimiento de la asociación.
- Médico adscrito al Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” (paidopsiquiatra), quien se encarga de recibir a los que ya fueron dictaminados por el jefe de servicio, explorar el estado mental del paciente, solicitar exámenes de laboratorio (pruebas de sangre, orina) y gabinete (electroencefalogramas, mapeos cerebrales resonancias magnéticas) en caso necesario, elaborar la hoja de referencia interna para interconsultas con los servicios de apoyo (dental, pediatría, rehabilitación física) cuando se necesita. Además, manda un cuestionario a los maestros del menor referido, a los padres a trabajo social de hospital de día para ingresarlos al grupo informativo en el que se les explica en que consiste el servicio en general con cada una de las áreas.

Que la conforman (terapia, valoración bases teóricas del trastorno, tratamiento farmacológico), da seguimiento a los casos al ser médico tratante, por lo que se encarga de las consultas subsecuentes para revisar la información proporcionada por los padres y observaciones del médico en la última cita e interrogar de nuevo sobre la evolución del menor, manejar el tratamiento farmacológico; De acuerdo con el diagnóstico, informar al familiar sobre el padecimiento, pronóstico y tratamiento a seguir, así como el canalizarlos a las terapias correspondientes.

- Médico residente (los van rotando), apoyan al médico adscrito en las consultas subsecuentes en la elaboración de la historia clínica de los pacientes de primera vez.
- Secretaria, atiende los teléfonos, agenda citas tanto de primera vez como de revisión de caso para diagnóstico de los pacientes que verá el médico especialista, quien a su vez es jefe del servicio y coordinadora del mismo, elabora cartas, informes.
- Psicólogas para valoración y diagnóstico contratados por *AMETATD*, quienes realizan los tres tipos diferentes de estudio mencionados con anterioridad (valoración de desarrollo, valoración de procesos cognoscitivos y perfil clínico) como complemento al diagnóstico solicitado por el médico especialista para destacar o corroborar la presencia de comportamiento autista.
- Psicólogas para terapia contratadas por *AMETATD* de lunes a viernes, quienes aplican los diferentes programas de intervención sobre la base de la valoración psicológica realizada principalmente en valoración de desarrollo para la realización del programa de tratamiento personalizado de cada uno de los niños que son referidos.
- Una psicóloga por parte del hospital para terapia en fin de semana, quien trabaja con aquellos pacientes con diagnóstico de Síndrome de Asperger que son altamente funcionales y requieren de la inserción social.
- Dos terapeutas por parte del hospital para terapia en grupo de niños con síndrome de Asperger, una de ellas técnico en rehabilitación del enfermo mental (TREM) y una enfermera, para trabajar todavía algunos aspectos de socialización, espera de turnos, reglas en juegos de mesa.

- Dos enfermeras y un enfermero del hospital para trabajar con los pacientes en hospitalización parcial programas para el control de esfínteres, autocuidado, alimentación.
- Una enfermera contratada por *AMETATD IAP* como apoyo terapéutico, quien apoya con el trabajo de algunos pacientes en terapia.
- Trabajadora social por parte del hospital dentro del edificio de hospital de día donde se ubica terapia ambiental, quien capacita a pasantes de la carrera de trabajo social para la formación profesional y apoyo al servicio. Organiza cursos informativos a los padres donde se les explica en qué consiste el servicio de terapia ambiental e invita a exponer a cada uno de los médicos y psicólogos del área por las que pasarán sus hijos; grupos de dinámica familiar, elaboración de estudios de primer nivel en los que se pretende tener una visión de la dinámica familiar en casa con el objetivo es denotar algún problema en el que se brinde el apoyo y orientación para un mejor trato hacia el menor.

Realizar actualizaciones de datos socioeconómicos de la familia para tener un control de lo que sucede económica y socialmente en ésta; brinda orientación individual a los familiares con menores que presenten alteraciones del desarrollo, por lo que no sólo ven a niños con autismo, sino también a aquellos que pertenecen a la clínica de desarrollo, ya que en ambos intervienen en el manejo de límites y normas en casa. Brinda el apoyo al departamento de trabajo social con guardias, en las que se realizan los estudios socioeconómicos de primera vez que ingresan al hospital para determinar la clave de pago y obtener también una visión general de la dinámica familiar de los menores ingresados a cualquiera de los servicios.

Y por último, trata de mantener una constante retroalimentación con el equipo multidisciplinario con la finalidad de brindar apoyo a los familiares y al paciente en la búsqueda de soluciones al conflicto que se esté presentando en ese momento.

- Un contador, quien lleva mensualmente el ingreso de los donativos, cálculo y pago de impuestos a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, control de los recibos de honorarios para el pago del personal contratado por la *AMETATD IAP*, realiza prosupuestos anuales de cada mes para informar a la junta de asistencia privada sobre el uso del dinero aportado como donativo.
- Un auditor externo, quien cada año realiza auditorias a *AMETATD IAP* para evaluar su comportamiento como institución de asistencia privada. (ver figura 5.2: *AMETATD IAP*).

*AMETATD IAP* cuenta con el siguiente espacio físico:

- Jefatura de servicio.
- Un consultorio para el médico adscrito (paidopsiquiatra responsable de los casos y del seguimiento).
- Dos consultorios para valoración psicológica y diagnóstico.
- Tres consultorios para terapia individual.
- Un consultorio para terapia grupal.
- Un salón de cómputo para taller.
- Un salón con comedor cocina, recámara y baño para trabajar vida diaria (en enfermería).
- Un baño para niños, el cual es compartido para todos los niños del edificio de hospital de día.
- Un baño para el personal, el cual también es compartido para todo el personal del hospital de día.
- Un consultorio de trabajo social, el cual está para todos los servicios que se encuentran dentro del hospital de día.

## MÉTODO

### *Objetivo general:*

Describir el papel del psicólogo educativo en el diseño, implementación y evaluación del “Taller de pintura para niños con autismo”, del Hospital Psiquiátrico Infantil, Dr. Juan N. Navarro.

### *Objetivo específico:*

1. Recabar y analizar los documentos del diseño del “Taller de pintura para niños con autismo”, que se encuentran en los archivos del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro.
2. Realizar entrevistas a los participantes y beneficiarios del taller, para evaluar sus resultados, alcances y limitaciones.
3. Analizar el papel del psicólogo educativo en las etapas de: diseño y organización del taller.

### *Tipo de estudio*

El presente trabajo es un reporte laboral, expofacto y descriptivo del papel del psicólogo educativo antes, durante y después de realizarse el “Taller de pintura para niños con autismo”, del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro. En éste se detalla lo que se trabajó a lo largo del proceso, desde su planeación lugar, hora, número de niños, diagnóstico, material, selección de pintores, etc. hasta la exposición del mismo.

### *Participantes, Criterios de selección de los participantes*

- Niños con autismo

El taller de pintura se llevó a cabo con 36 niños, los cuales en su mayoría son varones (31) y el resto mujeres (5). Esta incidencia se explica por las características propias del trastorno, donde se presenta aproximadamente una diferencia de 5:1.

En el momento en que se realizó el taller, la edad de los niños era de entre los cinco y los doce años. Los aspirantes a ingresar al taller tenían que, necesariamente cubrir el diagnóstico de autismo moderado, autismo leve y/o síndrome de Asperger, además de que asistieran al servicio de terapia ambiental del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro.

Después de tomar en cuenta el diagnóstico, se buscaron criterios de inclusión generales, el desarrollo de habilidades básicas de atención, control de límites, tolerancia a la frustración, socialización, seguimiento de instrucciones. Estos fueron acordados por el personal de las áreas de psicología y psiquiatría del servicio de terapia ambiental, con el fin de que los participantes aprovecharan los contenidos del taller, como parte del apoyo terapéutico que se les ofrece.

- Tres psicólogos y tres terapeutas del servicio de terapia ambiental, que tuvieran, por lo menos, un año de experiencia en el trabajo con niños con trastorno autista dentro del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro.

- Dos pintores profesionales, que estuvieran interesados en trabajar con niños con autismo.

### *Escenario*

Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, es una institución gubernamental, atiende todas las enfermedades de la salud mental. Para fines de esta investigación, el escenario específico fue el aula de usos múltiples del servicio de terapia ambiental, la cual mide 30 m<sup>2</sup>, con condiciones adecuadas de iluminación y ventilación, además de un cubículo, que se utilizó como bodega para el material.



## *Plan de investigación*

### **1) GESTIÓN INSTITUCIONAL**

- Llevar a cabo los procedimientos establecidos por el Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. J. N. Navarro para la autorización de revisión de los expedientes y archivos.

### **2) Revisión y análisis documental**

- Revisión de documentos de la organización y diseño del taller.
- Se revisaran los expedientes de los participantes, para precisar los datos diagnósticos y sociodemográficos.

### **3) PINTORES**

- Invitación personal por parte del psicólogo educativo con ayuda de la Asociación.
- Se les proporcionó la información necesaria y pertinente acerca del trastorno del espectro autista, así como la bibliografía básica.
- Contacto personal con los participantes del taller dentro de terapia ambiental y sensibilización acerca de la experiencia.
- Realización de entrevista abierta a ambos pintores, tomando en cuenta experiencia laboral.
- Asesoría y evaluación de los participantes del taller durante el mismo.

### **4) Diseño y actividades del taller**

- La finalidad del taller es promover los contenidos procedimentales y actitudinales, esto es, en las técnicas básicas utilizadas en la práctica de la pintura y en los modos básicos de ser del niño con autismo en el ambiente, respectivamente.
- Actividades de acuerdo con los contenidos procedimentales: utilización de pincel, realización de colores secundarios, así como las técnicas de dibujo en dibujo libre, retrato, paisaje y naturaleza muerta.

- Actividades actitudinales: promover la atención, control de límites, tolerancia a la frustración, socialización y seguimiento de instrucciones.

#### 5) Instrumentación del taller.

- Realización de bitácora con actividad, duración y comentario.
- El llenado de notas en los expedientes del niño registrando las conductas que tuvieron durante la realización del taller.

#### 6) Evaluación del taller.

- Entrevista abierta a los pintores de acuerdo con las experiencias propias dentro del taller.
- Entrevista abierta a los padres de familia con la finalidad de saber la conducta de sus hijos durante el taller, así como la evaluación del mismo.
- Entrevista abierta a los terapeutas de terapia ambiental

#### 7) Difusión del taller

- Gestión de documentos para la participación de las distintas universidades (Universidad Autónoma de México, Universidad Autónoma Metropolitana y Universidad Pedagógica Nacional), al igual que el Museo de la Acuarela.
- Exposición del taller en diversos sitios: Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro, Universidad Autónoma de México, Universidad Autónoma Metropolitana, Universidad Pedagógica Nacional y Museo de la Acuarela.

### *Instrumentos*

#### Documentos

Entre los documentos que se revisarán se encuentran:

- a) El expediente de cada uno de los pacientes participantes en el taller; es un documento que incluye documentos del estudio sociodemográfico y diagnóstico, además, incluye las notas evolutivas del personal de cada uno

de los servicios a los que asiste el paciente, entre éstas, se encuentran las que el servicio de terapia ambiental realizó durante el taller.

- b) Bitácora; es un registro anecdótico en el que se describe la fecha, la hora, la actividad y los comentarios de la psicóloga educativa y las terapeutas del servicio de terapia ambiental que participaron en el taller. A continuación, se muestra el formato de registro de la bitácora:

Día		Comentario
Hora		
Actividad		

c) Entrevista abierta

Se realizarán entrevistas abiertas, a los pintores con el propósito de realizar una evaluación social del taller de pintura; y a los padres de familia de los pacientes que participaron en el taller y a los terapeutas con el propósitos de hacer una evaluación social del taller y de los cambios de conducta que observaron en los pacientes durante el mismo. Las preguntas de las entrevistas fueron jueceadas por dos profesores de la Universidad Pedagógica Nacional y una psicóloga del servicio de terapia ambiental de I HPIJNN. Las correcciones sugeridas fueron introducir preguntas sobre las instalaciones donde se desarrolló el taller, y pedir ejemplos sobre algunas respuestas, además de cambiar la redacción de tres preguntas.

El desarrollo de la entrevista tendrán las siguientes fases:

1. Saludo: presentarse con el entrevistado y comenzar una conversación informal, el entrevistador.
1. Recogida y transmisión de información: hacer las preguntas concretas.
2. Conclusión: Dar la oportunidad de que se hagan preguntas y/o comentarios del entrevistado, concluir la entrevista.

Las entrevistas serán audiograbadas, con la autorización previa de las personas entrevistadas, para ello, se les explicará el propósito de las mismas, la confidencialidad de los datos personales y el uso de la información, que es exclusivo para este reporte laboral.

### 1) Entrevista a los pintores

La entrevista a los pintores (ver anexo 1) aborda los siguientes puntos: a) experiencia previa en talleres con personas con discapacidad (preguntas 1 y 2); b) información y actividades previas al taller (preguntas 3 y 4); c) desarrollo y apoyos del personal durante el taller (preguntas 5, 6, 7 y 8); y d) evaluación del taller (preguntas 9 y 10).

### 2) Entrevista a los padres de familia

La entrevista a los padres de familia aborda los siguientes puntos: a) información previa a las actividades del Taller de pintura (preguntas 1 y 2); b) información durante las actividades del Taller de pintura (preguntas 3 y 4); y d) productos y exposiciones de las actividades del Taller de pintura (preguntas 5, 6, y 7).

### 3) Entrevista para las terapeutas del Servicio de Terapia Ambiental

La entrevista a las terapeutas aborda los siguientes puntos: a) información previa a las actividades del taller de pintura (preguntas 1 y 2); b) información durante las actividades del taller de pintura (preguntas de la 3 a la 7); y d) productos y exposiciones de las actividades del taller de pintura (preguntas 8 y 9).

## **TALLER DE PINTURA DE NIÑOS CON AUTISMO**

Este taller de pintura se llevó a cabo ya que los niños con autismo tienen las mismas inquietudes que los niños neurotípicos. Al promover el desarrollo de las potencialidades y el desarrollo personal del niño con autismo en el taller, se le estará ayudando para que conozca las implicaciones que lleva el estar en contacto con otras personas, mayores e iguales. Aprenderá de alguna manera las relaciones sociales que tendrá en el futuro.

Los niños deben esforzarse para comprender la naturaleza del arte y sus funciones en las diversas culturas. Por su parte el psicólogo educativo, los pintores y los historiadores deben influir en sus formas y estilos artísticos. El arte se presenta por medio de un lenguaje simbólico el cual está inherente, vinculado a los pensamientos de cualquier persona. Un mundo puede conocerse y comprenderse a través del conocimiento de un arte particular. La expresión por medio de la pintura se tomó como algo fundamental en la formación del niño, expresando siempre lo que él siente, aumentando su desarrollo en la función simbólica y más específicamente su capacidad representativa; ya que el niño es capaz de plasmar o de transformar una idea que él tenía en su imaginación, o bien, que fue tomada de la realidad misma.

### **Organización del taller de pintura**

#### *Selección de los participantes*

Para la selección del grupo de niños con autismo para el taller de pintura llevado a cabo en el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro, se tomaron en cuenta diversos criterios que avalaron el trabajo del niño para tener la posibilidad de presentar su pintura en una de las diversas exposiciones llevadas a cabo en las distintas instituciones del D.F.

Los criterios generales que se tomaron en cuenta para el ingreso del niño al taller fueron: la atención, el control de límites, tolerancia a la frustración, socialización y seguimiento de instrucciones. Estos criterios se basaron en la

idea de que si el niño las cumplía podría obtener un mejor aprovechamiento del taller, lo cual lo ayudaría de manera terapéutica.

Estos aspectos ayudaron a la realización de cada una de las indicaciones de los pintores, de la psicóloga educativa y terapeutas adjuntas.

*Tabla 5. 1. Horario del taller de pintura.*

Horario	Días	Nombre <sup>1</sup>	Sexo	Edad
14:00 - 16:00	Lunes,	Víctor	Masculino	8 años
		Luis Yanik	Masculino	9 años
	Miércoles,	Mario Francisco	Masculino	11 años
		Alejandro S.	Masculino	6 años
	Viernes	Ivonne	Femenino	6 años
		Ana Karen	Femenino	8 años
		Eric	Masculino	10 años
		Andrés	Masculino	9 años
		Raúl	Masculino	8 años
		Manuel	Masculino	8 años
		Brian O.	Masculino	9 años
		Jeshua	Masculino	10 años
		Bruno	Masculino	8 años
		Carlos Jesús	Masculino	7 años
		Pablo Ulises	Masculino	8 años
		José Antonio	Masculino	10 años
		Sebastián	Masculino	9 años
		Mauricio	Masculino	8 años
André	Masculino	7 años		
Ernesto	Masculino	5 años		
14:00 – 16:00	Martes,	Mario	Masculino	11 años
		Brian A.	Masculino	7 años
	Jueves	Fernanda	Femenino	6 años
		Carlos G.	Masculino	5 años
		Carlos T.	Masculino	7 años
		Mitzi	Femenino	6 años
		Azucena	Femenino	12 años
		Jonathan	Masculino	10 años
		Hugo	Masculino	8 años
		Emilio	Masculino	8 años
		Iván	Masculino	9 años
		Alejandro C.	Masculino	8 años
		Alfonso	Masculino	7 años
		Luis Iván	Masculino	7 años
		David	Masculino	7 años
		Ricardo	Masculino	8 años

<sup>1</sup> Los participantes del taller, dieron su consentimiento para que sus nombres aparezcan en el presente reporte, sin embargo, se omitieron los apellidos.

## Escenario

El escenario fue un aula de aproximadamente 6 por 6.5 metros. Cuenta con un acceso al Hospital y otro hacia el jardín. Se intentó cubrir iluminación, ventilación y accesos adecuados para los niños. Dentro del aula se contaba con un consultorio que servía para guardar el material utilizado en el taller. En el taller se ocuparon seis mesas, cada una para dos niños, doce sillas tamaño infantil.

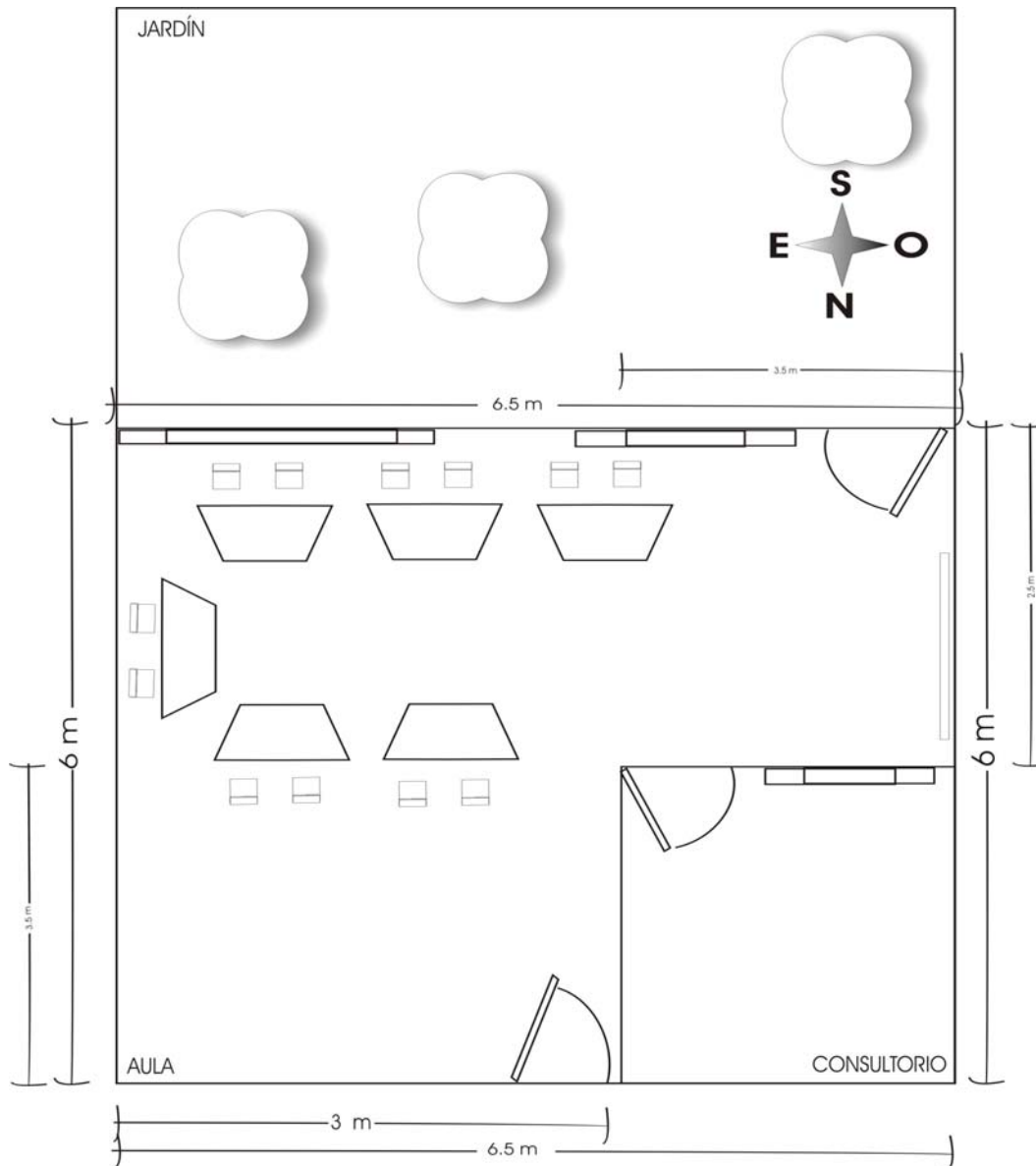


Figura 7. 1. Croquis del escenario del taller de pintura.

### *Invitación de pintores*

Los pintores fueron contactados e invitados personalmente por la psicóloga educativa y el personal de la Asociación. En un encuentro casual, a ambos pintores David Sefami y Álvaro Santiago se les mostró el proyecto de la psicóloga para la realización del taller de pintura para niños con autismo.

Los pintores aceptaron la invitación para llevar a cabo el taller de pintura. En encuentros posteriores, el psicólogo educativo trabajó con ellos personalmente, donde se les informó sobre las características del Síndrome, las eventualidades que podría haber al estar en contacto con estos niños, así como el modo de dirigirse y comportarse de la manera más adecuada para mejorar el contacto con los niños.

Antes de empezar el taller de pintura fue necesario que los pintores asistieran a las terapias individuales para que conocieran el trabajo terapéutico de los niños. Después los pintores conocieron a los niños para que, los primeros se desensibilizaran y los segundos los conocieran.

Para comenzar el taller, los pintores David Sefami y Álvaro Santiago, junto con el psicólogo educativo, acordaron los días en que cada pintor iba a trabajar en el taller, así como la lista de material a ocupar individualmente. Por último, trabajaron en conjunto para otorgar el horario del taller y las actividades más óptimas para incrementar el desarrollo en la comunicación y expresión; así, los pintores utilizarían procesos artísticos adecuados para niños con autismo y gracias a los psicólogos tendrían elementos terapéuticos, llegando a organizar un taller artístico-terapéutico.

### **Diseño instruccional del taller de pintura**

El taller de pintura se ideó para comenzar desde ámbitos más fáciles y necesarios (conocimiento de la pintura, trabajo dirigido), hasta los más complicados (autonomía de los niños y de la realización de las pinturas por sí



mismos). Esto es, desde la convivencia entre los niños, los pintores y los terapeutas, hasta la realización de trabajos grupales e individuales de los propios niños. Durante todo el taller se tomaron en cuenta los contenidos procedimentales y actitudinales. El taller constó de 5 sesiones con duración de dos horas cada una (ver anexo 4).

En la primera sesión se buscó la convivencia de los niños con los pintores y los terapeutas. Se les dio a conocer todo el material con el que iban a trabajar, de ahora en adelante en el taller, como pintura, pinceles y papel. Para promover un mejor acercamiento y trato de niños y pintores se llevaron a cabo diversos juegos, entre ellos juegos de mesa. Cabe mencionar que los niños respondieron del mejor modo con los pintores.

En la segunda sesión se llevó a cabo el trabajo conocido como “Modelo” donde los pintores les iban indicando cada paso a seguir para la realización de la pintura, desde el color de las pinturas, el sostenimiento de los pinceles y la limpieza de los pinceles y los colores. Así los niños vieron sus modelos a dibujar, a decir, el cardenal y el paisaje.

La tercera sesión consistió en la combinación de colores y la realización del “Dibujo libre”. Los niños eligieron dibujar, entre otras cosas, un panteón, trenes o metros, mapas, sistema solar, pero predominó la mezcla de colores.

En la cuarta sesión se dibujó el “Retrato”, el cual consistía en dibujar al compañero que tenían a un lado. Al acabar dicho retrato, se cambiaron al azar entre ellos para que dibujaran el fondo del mismo; para enseñarles a que tuvieran tolerancia de compartir el trabajo.

La quinta y última sesión se les dio la indicación de dibujar figuras geométricas (triángulos, círculos y cuadrados) con los colores primarios (azul, rojo y amarillo). Después se les proporcionó una manta de papel krafft donde tenían que pegarlos libremente. Por último, el pintor preparó tres óleos con distintos colores, rojo y verde, donde los niños se encargaron de decorarlo con sus

manos pintadas de todos colores, cabe señalar que ellos mismos elegían el color con el cual pintar sus manos para ponerlas sobre el óleo.

#### *Contenidos procedimentales*

El contenido procedimental del taller de pintura, consiste primordialmente en las técnicas básicas utilizadas en la práctica de la pintura, estas técnicas están relacionadas íntimamente con el desarrollo, la práctica y las relaciones sociales de los niños con autismo. Es necesario que los niños participantes en el taller conozcan, usen y sepan manipular las técnicas procedimentales para practicar la pintura lúdicamente.

Por otro lado, el contenido actitudinal se refiere a las características propias del niño con autismo, el cual toma en cuenta su desarrollo personal. Esto ayuda a fomentar el desarrollo de su expresión y comunicación. Estos contenidos son un medio para proporcionar a niños con autismo una herramienta adicional para integrarse a la sociedad.

El desarrollo personal dentro del taller, es planificado, asesorado y supervisado por la psicóloga educativa. Como máxima se dijo que “el respeto por las posibilidades expresivas y de comunicación, propias y de los otros es lo más importante en el taller”.

Por último, se podría mencionar que los contenidos conceptuales fueron anulados, ya que sólo era un taller de expresión y comunicación, y no un conjunto de información que el niño con autismo debiera aprender, tal como sucede en algunas asignaturas que hablan de hechos y conceptos como eje verbal de una materia.

El papel de la psicóloga educativa fue seleccionar los contenidos procedimentales y actitudinales más idóneos para fomentar las potencialidades explícitas e implícitas de los niños con autismo en dicho taller.

En el taller, los niños abordaron los dos tipos de contenidos, desde la perspectiva actitudinal y procedimental de una manera integrada; donde el taller se caracteriza principalmente por la búsqueda de expresión y comunicación, la cual, relacionada con la pintura favorece una mayor proyección de la individualidad del niño con autismo. Esto genera una mayor participación, partiendo de los intereses propios de los niños y de la relación de ellos con su mundo.

Para esto, cada uno de los pintores manejó un estilo personalizado con el fin de que los niños logaran usar los pinceles, combinar los colores primarios, combinaran colores; así como el dibujo libre, la técnica de sombra y retrato. A continuación, se enlistan los contenidos procedimentales del taller:

Elementos que componen la imagen plástico-visual.

- Reconocimiento de elementos tangibles.
- Utilización de instrumentos adecuados a la técnica.

La forma (textura).

- Las texturas táctiles y visuales, naturales y artificiales, además de densidad, direccionalidad y tamaño.
- Utilización de la textura como elemento de caracterización de objetos e imágenes.
- Relación figura-fondo, contraste de color, contraste de textura.

Campo perceptivo.

- Percepción y representación del volumen mediante trazos y mediante luces y sombras.

La proporción.

- Relaciones de proporción entre las partes de una misma forma con respecto del campo visual y de figuras entre sí.
- La representación del volumen en la obra.
- Reconocimiento de las ilusiones perceptivas.
- Observación y representación de la tridimensión en la bidimensión.
- Elaboración de efectos visuales.

#### Color.

- Colores, pigmento.
- Colores primarios, secundarios y terciarios; colores armónicos y colores complementarios
- Descripción de las cualidades del color.
- Visualización en representaciones plásticas del uso del color.

#### La luz.

- La representación de las sombras, sombra propia y proyectada.
- La luz y sombra de una obra, visualización del uso del claroscuro.

#### *Contenidos actitudinales*

#### Desarrollo personal.

- Confianza en sus posibilidades de plantear y resolver problemas a través de la expresión artística.
- Perseverancia y disfrute en la búsqueda de formas diversas y nuevas de expresión.
- Respeto por las posibilidades y limitaciones motrices de los otros.
- Valoración del intercambio de experiencias como fuente de aprendizaje (se intentó).
- Respeto por las posibilidades expresivas y creativas de los otros.
- Disposición para acordar y respetar reglas para la producción creativa.
- Gusto por la realización de las producciones cada vez más autónomas en relación con los modelos.
- Predisposición hacia lo imaginativo para planear, expresar y comunicar.
- Placer por disponer de recursos expresivos-estéticos que permiten proyectarse exteriorizando su afectividad.
- Valoración de los lenguajes artísticos como vías alternativas de comunicación.
- Comprensión de los elementos artísticos en sus aspectos comunicativo y representativo.

- Sensibilidad para percibir y respetar las manifestaciones estéticas del entorno natural y cultural.
- Respeto por los materiales, instrumentos y espacios de trabajo.

#### Desarrollo socio-comunitario

- Valoración de la identidad cultural para el disfrute de las manifestaciones artísticas del entorno.
- Valoración del trabajo cooperativo para la elaboración de las producciones artísticas.

#### Desarrollo de la expresión.

- Apreciación de los lenguajes artísticos como vías de expresión de los impulsos vitales, la sensibilidad y la emoción.
- Aprecio por la calidad y definición en las distintas expresiones artísticas.

#### *Material utilizado en el taller de pintura*

Para la realización del taller se debe tomar en cuenta el material a utilizar, debido principalmente por que alguno podría causar, debido a los problemas táctiles, alguna conducta disruptiva, ya que ciertos niños son hipersensibles a determinadas texturas.

Los materiales utilizados en el taller de pintura fueron donados por *AMETATD IAP*.

- Óleo
- Pintura Tempera
- Acuarela
- Pinceles
- Cartulina
- Paleta
- Colores pastel
- Esponjas
- Tijeras
- Caballetes
- Lápices
- Confeti
- Papel china
- Papel kraft
- tiner

### *El desarrollo de las actividades del taller de pintura*

Dentro de las actividades plásticas del taller, por el tipo de materiales utilizados en las actividades, se modificó el uso del mobiliario en función de las necesidades, porque fue proclive a que las instalaciones quedaran generalmente sucias, y en algunas ocasiones, el salón no estuvo en condiciones para que las ocuparan los niños al día siguiente. Al no poseer un aula propia para el taller de pintura, la psicóloga educativa planeó una estrategia para mantener las instalaciones en su mejor condición. Por lo que, a los niños se les enseñó hábitos de higiene y orden en cuanto a la disposición y colocación del material.

Es importante que los niños aprendieran pautas de higiene, así como de orden, pero es cierto también, que es imprescindible la disposición de un lugar donde puedan expresarse con libertad, que haya un aula propia para este fin.

El taller de pintura no tiene porque ser un lugar lujoso, en esencia debe ser una zona donde se puedan almacenar los materiales con tranquilidad, dejar secar trabajos, además de pintar sin temor a ensuciar. Conviene contar con algún mueble para guardar materiales; no es imprescindible que sea nuevo, puede ser un armario de uso. Otro de los beneficios de contar con un lugar propio es la disposición de los caballetes, y de igual modo, un espacio razonable para que los niños se muevan sin dificultad.

Dentro del taller, al no contar con todas las facilidades, la psicóloga educativa dispuso de mesas largas, colocándolas alrededor del salón, facilitando la ubicación de varios niños (8 a 12 niños), donde pudieran imitar, compartir elementos e intercambiar ideas más fácilmente.

La disposición del agua fue otro de los puntos clave en el asesoramiento del taller. Lo ideal era contar con una o dos cubetas, pero si no es posible conseguirlos, bastará con tener varios recipientes de plástico. La psicóloga educativa propuso

que dos niños fueran los encargados de proveer el agua, uno de ellos se encargaría de llenar el recipiente o los recipientes al comienzo y el otro los vaciará al finalizar el taller.

Otros aspectos que se deben tener en cuenta dentro del taller, son la ventilación y la luz. Ya que algunas pinturas y diluyentes pueden despedir olores fuertes, por lo que se debe cuidar en extremo la ventilación del salón. Dentro del taller, la psicóloga educativa optó por trabajar con la puerta trasera totalmente abierta, al igual que con la ventana, facilitando la eliminación de olores desagradables. También es necesario contar con ventanas amplias, ya que favorecerán la iluminación.

La psicóloga educativa supervisó, junto con terapeutas y pintores, el diálogo con los padres para la obtención de algunos materiales, tales como: cajas para guardar pinceles, latas, frascos, telas para limpiar, camisas viejas –las cuales servían de uniforme para trabajar con más libertad, o bien, para ponerse en lugar del guardapolvo–.

Siempre nos quedó la alternativa de usar el salón que los niños ocupan todos los días y observar cuidadosamente el cumplimiento de las normas de higiene. Hubo que colocar manteles de papel *kraft* sobre las mesas para no ensuciarlas, lo mismo en el piso para que absorba la pintura con mayor facilidad, ya que algunas veces es imposible quitarla. Se intentó tener siempre disponibles trapos húmedos para solucionar cualquier inconveniente que pudiera suceder.

No se permitió que el espacio en el que se impartió el taller, condicionara toda actividad expresiva y de comunicación. No son las paredes las que aportan la imaginación y la magia necesaria para expresarse; por suerte, la expresión humana no depende de ningún tipo de edificación o condicionamiento.

### *Actividades de difusión del taller de pintura*

Todos los ámbitos respecto a las exposiciones de pintura infantil del taller fueron planeadas, coordinadas y preparadas por la psicóloga educativa, la cual tomó en cuenta principalmente el respeto personal y ajeno. Para la exposición, hubo que tomar en cuenta varios parámetros, tales como: el contenido, el desplazamiento, el esquema de color, la rotulación y la iluminación.

En cuanto al contenido general de las exposiciones, fue necesario tomar decisiones acerca de lo que se quería mostrar; en sí, la elección de los trabajos a exponer. Los trabajos elegidos para la exposición fueron aquellos que representaran de la mejor manera los temas expuestos a lo largo del taller, a saber, dibujo libre, retrato, paisaje, transportes y naturaleza muerta.

Los pintores y la psicóloga educativa participaron en esta toma de decisiones; donde se consideraron algunos aspectos tales como: el lugar de la exposición, y si fuese al aire libre o en un espacio cubierto, además de tomar en cuenta la iluminación; por último el número de trabajos participantes. Cabe mencionar que ningún niño fue excluido y por ende, se presentó por lo menos un trabajo de cada niño.

- Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” – 26 de Septiembre. Inauguración.
- Facultad de Psicología de la UNAM – 27 de Septiembre
- Universidad Pedagógica Nacional (UPN) – 28 de Septiembre
- Universidad Autónoma Metropolitana (UAM Campus Xochimilco) – 29 de Septiembre
- Museo de la Acuarela – 30 de Septiembre. Clausura.



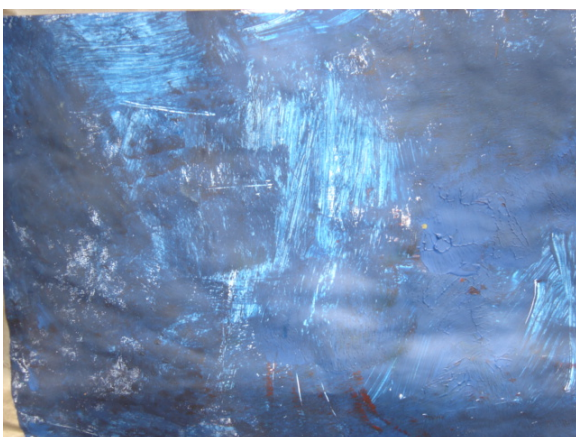
## FOTOGRAFÍAS DE LAS PINTURAS DE LOS NIÑOS CON AUTISMO



*Figura 7. 2. Víctor (2005)*  
*Combinación de colores con óleo*



*Figura 7. 3. Mario J. (2005)*  
*Combinación de colores con óleo.*



*Figura 7. 4. Mauricio (2005)*  
*Combinación de colores con óleo.*



*Figura 7. 5. Ivonne (2005)  
Combinación de colores óleo*



*Figura 7. 6. Bruno (2005)  
Combinación de colores óleo.*



*Figura 7. 7. Luis Yanic (2005)  
Combinación de colores óleo*



*Figura 7. 8. Eric (2005)*  
*Combinación de colores óleo*



*Figura 7. 9. Ana Karen (2005)*  
*Combinación de colores óleo*



*Figura 7. 10. Andrés (2005)*  
*Combinación de colores óleo*



*Figura 7. 11. Carlos G. (2005)*  
*Dibujo libre kraff*



*Figura 7. 12. Jonathan (2005)*  
*Dibujo libre óleo*



*Figura 7. 13. Iván (2005)*  
*Dibujo libre óleo*



*Figura 7. 14. Emilio (2005)*  
*Dibujo libre kraff*



*Figura 7. 15. Carlos T. (2005)*  
*Dibujo libre kraff*



*Figura 7. 16. Brian A. (2005)*  
*Dibujo libre kraff*



Figura 7. 17. Ernesto (2005)  
Naturaleza muerta



Figura 7. 18. Pablo Ulises (2005)  
Naturaleza muerta



Figura 7. 19. Eric (2005)  
Naturaleza muerta



*Figura 7. 20. Azucena (2005)*  
*Naturaleza muerta*



*Figura 7. 21. Hugo (2005)*  
*Modelo*



*Figura 7. 22. Pablo (2005)*  
*Modelo*



*Figura 7. 23. Jeshua (2005)*  
*Modelo*



*Figura 7. 25. Manuel (2005)*  
*Modelo*



*Figura 7. 24. José Antonio (2005)*  
*Modelo*





*Figura 7. 26. Mitzi (2005)*  
*Modelo*



*Figura 7. 27. Raúl (2005)*  
*Modelo*



*Figura 7. 28. Mario F. (2005)*  
*Modelo*



*Figura 7. 29. Fernanda (2005)*  
*Retrato*



*Figura 7. 30. Alejandro S (2005)*  
*Retrato*



*Figura 7. 31. Alfonso (2005)*  
*Retrato*



*Figura 7. 32. Luis Iván (2005)*  
*Retrato*



*Figura 7. 33. David (2005)*  
*Retrato*



*Figura 7. 34. Ricardo(2005)*  
*Retrato*



Figura 7. 35. Grupal (2005)  
Figuras geométricas



Figura 7. 36. Carlos Jesús (2005)  
Dibujo libre



Figura 7. 37. Luis Yanic (2005)  
Dibujo libre



*Figura 7. 38. Grupál (2005)*

## **Evaluación social del taller de pintura**

Se llevó a cabo una evaluación del taller a personas que de cierto modo estuvieron en contacto con el taller de pintura, es decir, a los pintores, a los terapeutas y a los padres de familia, esto mediante entrevistas, con las cuales se obtuvieron resultados cualitativos.

Las entrevistas con los pintores se centraron en obtener información sobre su trabajo personal en relación con los niños con autismo, así como el resultado que ellos vieron de acuerdo a las pinturas realizadas; de igual modo, saber su experiencia en el taller y si volverían a participar en un taller similar.

En las entrevistas con los terapeutas, se buscó conocer su punto de vista en cuanto a la participación y organización dentro del taller. Así como conocer los aciertos y fracasos en la planeación, realización y participación de todos los involucrados, a decir, niños, pintores y mismos terapeutas.

Está de más decir que el taller se llevó a cabo para promover la comunicación y expresión de los niños con autismo, y sólo los padres de familia eran las persona aptas para que los terapeutas supieran el resultado de dicho taller, así que de ellos se buscó principalmente si hubo un cambio actitudinal de su hijo durante o después del taller; así como si ayudó en la evolución de mejores relaciones interpersonales comunicativas.

### *Evaluación de los pintores*

Comentarios a la invitación para participar en el proyecto de pintura a la experiencia de David Sefami:

*“Como experiencia docente he dado un par de cursos y algunas clases particulares; en los cursos he tenido niños y adultos. Los cursos siempre han durado entre tres y seis*

meses. Uno de los cuales fue curso de verano. El otro fue específico de pintura en centro recreativo llamado Haber”.

*“Por qué me interesé en los autistas... Bueno, de entrada debo decir que mi madre es psicoanalista, por lo tanto he aprendido varias cosas sobre el tema y de ahí gran parte de mi posterior interés, Por otro lado dentro del proceso creativo siempre se activan diversas maneras de percibir o al menos de sublimar dicha percepción de “lo real” y expresarla a su vez en un objeto, ya sea bidimensional o tridimensional. Para mí era muy interesante enfrentar mis ideas con los niños autistas pues para ellos es completamente distinto el proceso sobre el cual hablaba en las líneas anteriores.*

*Creo que podría decir demasiadas cosas de mi experiencia al trabajar con los niños autistas, por ahora solo diré que fue muy enriquecedor para mí. Ellos me exigieron mucho más que los niños “normales”, siempre estaban ansiosos por empezar, acababan muy rápido los ejercicios (lo cual no significa que disminuyeran en calidad) y parecían nunca agotarse.*

*También fue un reto para mí en cuanto a forma de comunicación se refiere, tuve que hacer uso de todas mi facultades posibles (incluyendo claro, la creatividad) para saber cómo decirles las cosas y cómo entender lo que me querían decir. Un ejemplo curioso de esto fue cuando uno de los niños (Mario) se levantó de su silla y corrió rápidamente (cabe destacar que el niño era enorme para su edad y difícil de controlar) intenté detenerlo para que no generara desorden o algún accidente, pero no pude, sólo lo tomé por un dedo y se soltó con fuerza. Después entendí que él estaba desesperado por pintar y corría a buscar material en una zona restringida para ellos, después de unos segundos, con ayuda de varias personas, logramos que se sentara de nuevo y en ese momento me vio a los ojos y me apretó el dedo con todas sus fuerzas. Como diciéndome:- así se siente, ¿duele, no? (Sic. David Sefar).*

*Posterior a este momento, entendí que ellos hablan mucho con la mirada y acciones, entendí su literalidad y la delicadeza con la que se comunican con el mundo. En fin, hay muchas experiencias, recuerdos, anécdotas que me sería imposible terminar ahora... pero puedo decir que no sólo aprendí mucho, sino que también fue apasionante y que por supuesto dejé todo de mí. Estoy seguro que valió la pena.*

Los comentarios a la invitación de participar en el proyecto de pintura y su experiencia de Álvaro Santiago:

*“Cuando me preguntan si puedo dar clases de pintura siempre contesto que no, porque no tengo la preparación pedagógica ni manejo técnicas didácticas para hacerlo. Eso fue lo que le dije a Isabel Durán cuando me invitó a dar un taller de pintura a niños con autismo moderado y síndrome de Asperger. Lo que yo sabía y le platiqué es que hay personas con autismo que han utilizado la pintura como una manera de comunicarse, lo que es una necesidad vital no sólo en ellos, sino en todo ser humano, y que encontraron en este medio expresivo una forma de manifestar su mundo interior.*

*Hace ya muchos años se presentó en México una exposición de dibujos de un hombre interno en un hospital, Martín (no recuerdo el apellido), y fue un gran éxito. Trabajó sus dibujos sobre papel corriente con cabitos de lápiz; esto fue lo que le comenté a la psicóloga Isabel en aquella ocasión, y entonces me habló de los niños con los que ella trabajaba y me pidió que les diera un taller.*

*Me gusta experimentar cosas nuevas y a veces lanzarme al vacío, así que acepté esta aventura de trabajar en un taller con los chicos autistas. Lo único que le pedí a Isabel es que estuviera presente en el taller durante las sesiones de pintura, para resolver cualquier eventualidad y como apoyo.*

*Al final del taller quedé gratamente sorprendido al ver la capacidad creativa de estos niños. Mientras estuve en contacto con ellos no los vi como personas discapacitadas sino como artistas con grandes necesidades de expresarse y con capacidad para aprovechar los materiales y divertirse.*

*El ritmo que ellos marcaban siempre fue muy acelerado, así que yo tenía que usar mi ingenio para darles nuevas técnicas y materiales para que no se aburrieran. Como colocar grandes rollos de papel sobre el piso para que pintaran en ellos con los pies; en unas bandejas con cojinetes impregnados de pintura no tóxica se mojaban los pies y después caminaban o corrían sobre el papel. Algunos mostraban temor al experimento mientras que otros lo emprendían entusiasmados.*



*También les di rodillos de hule espuma para pintar rápidamente; resistol con confeti para que pegaran sobre el papel y crayolas con las que completaban sus dibujos. Siempre salían de las clases con todo el cuerpo pintado y muy contentos. Al final de cada sesión les regalaba un globo o una paleta de dulce, ellos se sentían estimulados y yo también. Aunque verdaderamente agotados. Según contaban sus madres al regresar a casa caían rendidos, como yo.*

*Algunos niños tenían problemas para soportar el ruido y observé cómo en las últimas sesiones lo toleraban mejor. También había un niño al que le molestaba que lo tocaran y al final aceptó cierto nivel de contacto físico.*

*Lo que yo aprendí de esta experiencia es que no hay que temer a enfrentar los materiales y a actuar sin pensar tanto, a no racionalizar el acto creativo, sino a dejarse llevar por el impulso. Los niños se lanzaban sobre los materiales con un ímpetu sorprendente, no se detenían a pensar en lo que estaban haciendo, simplemente lo hacían.*

*Las psicólogas que siempre estuvieron presentes en el taller después analizaban los dibujos y se sorprendían con los resultados, tanto como yo. Recuerdo a una pequeña que me abrazaba como un gatito cariñoso, mostrando que se sentía contenta, y a algún otro que me quería llevar a su casa. Fue una experiencia muy gratificante y enriquecedora, creo que el taller les permitió liberar una gran energía y a mí me permitió jugar.*

*Álvaro Santiago*

### *Evaluación de las terapeutas*

Se entrevistó a dos de las tres terapeutas que participaron en el taller, su evaluación del mismo fue la siguiente ya que una de ellas actualmente no colabora en AMETATD.

Ninguna había participado en actividades artísticas con niños con autismo.

Las actividades y apoyos que dieron a los pintores durante el taller de pintura consistieron en:

- Preparar el salón, que consistía en forrar con papel kraft las mesas y las sillas.
- Poner los materiales de cada una de las sesiones, por ejemplo pinceles, pintura, franelas, frascos con agua, etc.
- Apoyo durante las actividades para dar las indicaciones a los niños.

Respecto a la experiencia durante las actividades del taller, las terapeutas informaron que su experiencia fue como se describe a continuación:

Los aspectos positivos que mencionaron fueron que los niños se permitían tocar con las pinturas y con mucho cuidado y evitaban ensuciarse y ensuciar a sus compañeros, y hacían muy bien sus trabajos, con detalle y no lo dejaban hasta que ellos creían que ya estaba listo con sus tonos y formas muy particulares de cada uno.

Entre los aspectos negativos que mencionan fueron: la duración de la actividad de dos horas en ocasiones fue mucho, porque los niños trabajaban muy rápido y la actividad planeada la realizaban en menos tiempo.

Según la evaluación de las terapeutas, la participación y apoyo del psicólogo educativo fue muy importante, porque se encargó de organizar y asignar actividades para la participación durante la planeación, el desarrollo de las actividades, el apoyo a los niños y a los pintores; así como, delimitar que la intervención de las terapeutas sólo fuera en caso de presentarse conductas disruptivas.

Las terapeutas, notaron cambios en la conducta de los pacientes que participaron en el taller, entre ellas, observaron que los niños se mostraron cooperadores, entusiastas, ansiosos por trabajar y cariñosos con los pintores. Además, se ayudaban entre sí y lograban identificar cada una de sus pinturas y sobre todo, fueron más tolerantes ante los cambios constantes de una actividad a otra.

Respecto a las condiciones del salón de usos múltiples, consideraron que fueron adecuadas para las actividades, porque había ventilación e iluminación adecuada, el espacio fue suficiente para moverse y tenía un anexo para guardar el material. La evaluación sobre el desarrollo y los productos del taller, en general indicó que fue excelente desde su organización hasta la exposición de las obras de arte de los niños.

### *Evaluación de los padres de familia*

Respecto a la evaluación que los padres de familia hicieron del taller, mencionaron lo siguiente:

Tuvieron información sobre las actividades del taller de pintura de verano, de hecho, la psicóloga les comunicó los objetivos del taller y les presentaron a los pintores. También recibieron información sobre los acuerdos, por ejemplo que la Asociación donaría el material, que se buscarían espacios para exponer las obras de arte.

Sobre el desarrollo del taller, tenían información de las terapeutas sobre las actividades y aspectos particulares de sus hijos, por ejemplo, que les gustaba ensuciarse, que se encontraban dispuestos a trabajar las actividades, que se mostraban contentos. En cuanto a los cambios de conducta que observaron en sus hijos, observaron cambios significativos, por ejemplo: “en la casa pintó con acuarelas, acompañado de su hermana, pegando por sí mismo con masking unas hojas de papel revolución y con pinturas vinci” (*Sic.* Papá de Jesús). Otra mamá comentó “con palabras muy cortas me platicaba lo que pintaba en el taller” (*Sic.* Mamá de Carlos).

Los padres refieren que se sentían contentos durante las actividades de exposición; por ejemplo, una mamá señaló que “acudimos a la ceremonia de clausura en el museo de la Acuarela, en Coyoacán, y ahí [Carlos] buscó a la

psicóloga para corregir de posición la su pintura ya que la había puesto de cabeza” (Sic. Mamá de Carlos). En general, los padres señalaron que volverían a participar en una actividad similar, porque es una actividad recreativa y formativa.

*El papel de la psicóloga educativa en el diseño, instrumentación y evaluación de actividades artísticas para niños con espectro autístico.*

El perfil del psicólogo educativo tiene como objetivo la intervención sobre el comportamiento humano, en situaciones educativas mediante el desarrollo de las capacidades de las personas, grupos e instituciones y su actividad profesional. Principalmente, está dedicado a la educación en todos sus diversos niveles y modalidades; tanto en sistemas formales e informales; asimismo interviene en todos los procesos psicológicos que afectan al aprendizaje personal, grupal, social y de la salud mental (Frances, 2007)

Desde el ámbito de la educación para la salud, realiza un trabajo multidisciplinario, ya que la mayoría de los problemas de salud son causa y efecto de aspectos sociales, culturales y la posibilidad de integrar los aspectos biológicos del fenómeno, salud y educación, están presentes en el entorno en que actúa e interactúa el individuo. La Secretaría de Salud (SSA) indicó que para cumplir la finalidad de la educación para la salud es necesario precisar que sus objetivos sean llevados a la práctica, lo mismo en la educación formal como en la no-formal. El psicólogo educativo cumple con las diversas funciones marcadas en lo referente a la educación para la salud, ya que es capaz de organizar, diseñar, implementar, evaluar, sensibilizar y dar información y formación.

El papel activo de la psicóloga educativa dentro del taller se centró principalmente en promover una mejor manera los contenidos actitudinales, o en la aplicación de técnicas de modificación de conducta, programas que se instrumentan en el servicio, y que fue necesario aplicar durante el taller, por ejemplo, la utilización de

reforzadores positivos, en situaciones consideradas como pertinentes y necesarias.

Los pintores David y Álvaro se hacían cargo principalmente de los contenidos procedimentales, por otro lado, la psicóloga educativa se hacía cargo primordialmente de los contenidos actitudinales, además de las conductas disruptivas, que podían impedir el trabajo con los pintores.

Estos contenidos actitudinales eran constantemente promovidos por la psicóloga educativa ya que se buscaba darles confianza para socializar y para mostrar el material de trabajo, además de bajar la ansiedad al anticiparles lo que iba a suceder en cada una de las sesiones; estos hechos ayudaban a una mejor interacción de los niños en el taller.

Estos contenidos se presentaban en diferentes situaciones, por ejemplo en el dibujo libre se buscaba que disfrutaran eligiendo el color y haciendo lo que quisieran con su lámina, en este ejercicio la confianza para planear y resolver problemas fue evidente en la actitud de los niños.

En el taller de pintura los niños mostraron actitudes no esperadas, ya que en determinado momento, al parecer, por motivaciones personales, ellos comenzaron a dibujar lo que querían, sin necesidad de decirles que lo hicieran, demostrando, gracias al contacto con la pintura, deseos autónomos, además de perseverancia y disfrute por comunicarse y expresarse con los demás por medio de sus pinturas.

A continuación se mencionaran algunas situaciones en las que la psicóloga educativa participó para promover o manejar algunas actitudes de los niños. Los primeros ejemplos están basados en los ejercicios llevados a cabo para promover el desarrollo personal, el último está centrado en el trabajo del desarrollo socio-comunitario.

Por ejemplo, cuando los niños trabajaban en la combinación y preparación de colores, el niño Mario al ver un recipiente de plástico se levantó de su lugar para ver su marca –ya que él tiene una obsesión de ver la marca de los recipientes y hasta que no la reconoce u observa, baja su ansiedad y sigue con lo que estaba realizando; la psicóloga educativa supervisó las conductas de Mario y actuó con el fin de bajar y manejar la ansiedad acompañando a Mario a reconocer los recipientes, pero sólo para que después de bajar la ansiedad él continuara con el trabajo.

En el ejercicio del retrato a Victor tuvo conductas agresivas con Scarlett (terapeuta), le pegó e intentó pegarle, porque ele dio su dibujo a otro niño, ya que la actividad era que tenían que compartir el dibujo para que otro pintara el fondo del retrato ya hecho. La psicóloga educativa intervino tranquilizando a Victor diciéndole “si sigues gritando y llorando yo no te entiendo”, entonces él al explicar bajó los gritos y el llanto, pudiéndose explicarle que la actividad era para compartir, y que su dibujo iba a regresar a él.

En la valoración de los lenguajes artísticos de todos los niños dentro del taller, e buscó que todos estuvieran motivados por sus compañeros al mostrarles las pinturas realizadas, que aunque muy aprendida la expresión de “¡Whooooa... que padre!” cuando veían las pinturas de sus compañeros. También se les preguntaba que elemento les había atraído de la pintura, a lo que ellos respondían en lo particular, en los detalles, tales como un color, una forma.

Dentro del desarrollo socio-comunitario el trabajo cooperativo por parte de los niños se mostró en el trabajo de las figuras geométricas y en la utilización de las manos.

El ejercicio de las figuras geométricas constó en la participación de que cada niño tenía que hacer círculos, triángulos y cuadrados, coloreándolos del color que ellos quisieran. El trabajo en equipo consistió, que al terminar las figuras tenían que

pegarlos en un pliego de papel kraft el cual media dos metros de largo por uno de ancho y la cooperación fue en que algunos de los niños no toleraban la textura del pegamento y los demás los ayudaron a pegar sus figuras y les preguntaban en donde las pegaban y los niños solo señalaban donde querían su figura.

En la segunda, manos tenían que tener contacto directo con la pintura, algunos niños tuvieron dificultades para el trato con la textura de la misma, y aún más con la selección del color de la pintura. Hay que recordar que algunos niños con el trastorno autista tienen problemas en la percepción sensorial, a decir, táctil y visual, por lo que se les dificulta tocar y manipular algunos objetos, no importando su tamaño o forma. Por lo que la psicóloga educativa desensibilizó sistemáticamente a los niños que presentaron dificultad con el manejo de la pintura, para que pudieran realizar el cuadro con las huellas de sus manos sin ningún contratiempo.

## CONCLUSIONES

El autismo es un fenómeno psicológico real y grave, que exige un tratamiento largo, complejo, que requiere paciencia y dedicación por parte de los padres y de los profesionistas; a pesar de eso no se aseguran milagros portentosos. Dentro de mi experiencia personal busqué otros medios por los cuales los niños con autismo pudieran aprender de otro modo a través de la pintura. Este tipo de educación no formal se basó en dibujos con los cuales los niños se expresaran y comunicaran, tomándose en cuenta el nivel del niño con autismo al que iba dirigido.

En el taller se trabajó con la percepción y la imagen, ya que teníamos a nuestro favor la capacidad que tienen los niños con autismo para comprender los datos percibidos por la visión. En este caso el dibujo podría intervenir, como ya se ha expuesto, como diseño de material educativo estructurando historias narrativas de temas que conozcan, o bien jugando con la variedad de gestos expresivos de sus personajes, así como para expresar conceptos aprendidos, rectificándolos como tales en la práctica misma del taller.

Por medio de la pintura, el niño fue capaz de representar diversos aspectos personales, por lo que hubo un desarrollo importante en su aptitud comunicativa y expresiva, la cual, además, fue alimentada y expresada mediante el juego. Hay que mencionar que mediante la pintura y el juego se desarrollan métodos para poder representar y representarse, esto a través de la comunicación y la expresión pictórica.

Desde mi perspectiva la terapia y la educación artística podrían ser una buena herramienta para ensanchar sus campos de referencia de los niños con autismo, sobre todo si disfrutan lo que hacen. Hay muchos niños con autismo que no llegan a desarrollar competencias de comunicación y expresión idóneas, pero los que sí lo logran, en mayor medida consiguen integrarse sin ayuda a diversas actividades escolares y extraescolares, por ejemplo, talleres donde reafirmen el aprendizaje obtenido en las terapias.



Esto incluye un esfuerzo especial por desarrollar el potencial que tiene cada niño, aumentando las posibilidades de comunicación y expresión en niños con autismo, lo que provoca que se sientan más integrados al medio, favoreciendo el equilibrio de su evolución y dando como resultado estas pinturas llenas de color, formas, percepción de paisajes, aves y frutas.

El presente trabajo solo pretendió dar a conocer la importancia del arte y de la pintura en niños con autismo, intentando demostrar que el arte no es excluyente a pesar de algún trastorno psiquiátrico. Los niños con autismo que participaron en el taller lograron comunicarse y expresarse de una manera nunca antes experimentada por medio de la pintura.

Lo ideal consistiría en construir una imagen de la comunicación y la expresión y solo sería una fuerza viva, real, cuando dirige las acciones y la conducta de los niños tendiendo a materializarse y realizarse.

Si dividimos la comunicación y la expresión como dos formas externas y en esencia diferentes, sería claro que en general, la educación del niño en la formación de imágenes posee no solo valor parcial de ejecución y fomento de una función aislada, sino que posee importancia total que se refleja en toda la conducta del niño.

## REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed., Text Revision*. (DSM-IV-TR). [El Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales]. Washington, DC: APA.
- Asociación Mexicana para el Estudio y Tratamiento del Autismo y otros Trastornos Generalizados del Desarrollo IAP. (2006). *Manual de contenido múltiple*. Documento interno de trabajo, no publicado.
- Asociación Española de Profesionales del Autismo. (1998, noviembre). *IX Congreso Nacional de Autismo*. Documento de trabajo sobre integración escolar. Málaga, España: AETAPI.
- Baron-Cohen, S. y Cox, A., (1997). *Marcadores psicológicos en la detección del autismo infantil en una población amplia*. Madrid, España: Sin Editor.
- Canal, R. y Rivière, A. (1993). "La conducta comunicativa de los niños autistas en situaciones normales de interacción", en *Estudios de psicología*, núm. 50.
- Centro Kanner. (2005). *Arte y terapia*. Recuperado el 7 de enero de 2007 de [http://www.centrokanner.cl/arte/pagina\\_arte.htm](http://www.centrokanner.cl/arte/pagina_arte.htm)
- Cobadas, J. M. (1982). *Los equipos multiprofesionales de Educación Especial*. Madrid; España: Instituto de Necesidades Especiales.
- Coll, C. y M Foros (1983). *Las áreas de intervención de la psicología*. Barcelona, España: Nueva Cultura.
- Cortiglia, B. M. (1999). "La formación de profesionales y la práctica desde las necesidades educativas especiales y adecuaciones curriculares" (pp. 318-327). En A. Rivera; C. Aramburu; M. C. Ortega y C. G. Pérez. (comp.). *Psicología Educativa: Programas y desafíos en educación básica*. México: Universidad Pedagógica Nacional.
- Evans, K. R. (1997). *Art therapy and the development of communicative habilités in children with autism*. PhD thesis. University of Hertfordshire, UK.
- Ferrari, P. (2000). *El autismo infantil*. Madrid, España: Biblioteca Nueva.
- Fernández, A. (1989). Reforma del sistema educativo y orientación. En *Papeles del psicólogo*.
- Frith, U. (1991). *Autismo*. Madrid; España: Alianza Editorial.
- Fernández, A. (1989). *Reforma del sistema educativo y orientación*. En Papeles del psicólogo.
- Gilolmo, C. (1989). *La psicología Escolar. La evolución profesional en los últimos años*.

- Gori, T. (2005). *Arte como terapia para niños autista y psicóticos*. Recuperado el 7 de enero de 2007 de la Asociación Psicoanalítica de Orientación Lacaniana <http://www.apol.org.mx./Clinica%20Aurora.htm>
- Happé, F. (1998). *Introducción al autismo*. Madrid, España: Alianza Editorial.
- Hospital Psiquiátrico Infantil. Dr. Juan N Navarro (2004). *Manual de procedimientos de hospitalización*. Documento interno no publicado. (Luengo, Fera y Millan) p. 20
- Martos, J. (1997). *Explicación psicológica y tratamiento educativo en autismo*. Madrid, España: Asociación de Padres de Niños con Autismo.
- Martínez, T. (1894). *Currículo para el año 2000*, en Seminario para la salud en el ciclo básico hoy. México.
- Piaget, J. (1975). *Seis estudios de psicología*. Seix. Berral.
- Powers, M. (2003). *Niños autistas Guía para padres, terapeutas y educadores*. México: Trillas.
- Rivière, A. (1997). *El tratamiento del autismo como trastorno del desarrollo*. Madrid, España: Asociación de Padres de Niños con Autismo.
- Rivière, A. (1997). *Tratamiento y definición del espectro autista II Anticipación, flexibilidad, y capacidades simbólicas*. Madrid, España: Asociación de Padres de Niños con Autismo.
- Rivière, A., y Martos, J. (2000). *El niño pequeño con Autismo*. Madrid, España: Asociación de Padres de Niños con Autismo.
- Roe, R. A. (1999). *Competences, Assessment and Development..* (Agustín Medina, Trad.). Documento no publicado.
- Tamari, J. y Escribano, L. (1990). *PEANA: proyecto para la estructuración ambiental en el aula de niños autistas*. Memoria final del proyecto subvencionado por la Consejería de Educación de la Comunidad de Madrid y la Dirección General de Renovación Pedagógica del MEC.
- Rutter S. y Michael (2001). "Clasificación Multiaxial de los Trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes", en la *Clasificación de la CIE- 10 de los trastornos mentales y del comportamiento en los niños y adolescentes*. Médica Panamericana.
- Universidad Pedagógica Nacional. (2006). *Licenciatura en Psicología Educativa*. Folleto informativo.
- Saad, E.; Hernández, J.; Herrera, P.; San Miguel, R. ; De la Rosa, A. y García, V. (1994). *Programa de la materia Problemas del Escolar*. Licenciatura en Psicología Educativa. México: UPN.
- Shepard, 2001

## **Anexo 1. Entrevista con pintores.**

1. Antes de participar en el Taller de pintura para niños con autismo del HPIJNN  
¿Había tenido experiencia con niños con discapacidad?
2. ¿Por qué aceptó participar en el proyecto?
3. ¿Fue útil la presentación y convivencia con los niños antes de iniciar las actividades del taller? ¿Por qué?
4. ¿Fue útil la información sobre el trastorno autista que recibió de la psicóloga educativa antes de iniciar el taller? ¿Por qué?
5. ¿Cuál fue su experiencia durante el taller? Describir aspectos positivos y negativos, así como dar ejemplos.
6. ¿Fue útil la participación y apoyo de la psicóloga educativa durante el taller? Dar ejemplos, de situaciones en que recibió o no apoyo.
7. ¿Fue útil la participación y apoyo de las terapeutas durante el taller? Dar ejemplos, de situaciones en que recibió o no apoyo.
8. ¿Las condiciones del salón de usos múltiples dónde se desarrolló el taller, fueron adecuadas para las actividades? Dar ejemplos.
9. ¿Cómo evaluaría el desarrollo y productos del taller? Dar ejemplos.
10. ¿Volvería a participar en un proyecto similar? ¿Por qué?

## **Anexo 2. Entrevista con padres de familia.**

- 1.-¿El personal de terapia ambiental le dio información sobre las actividades del Taller de pintura y la participación de su hijo/a en el mismo?
2. ¿Qué información recibió sobre el Taller de pintura?
3. ¿Recibió comentarios de su hijo/a o las terapeutas de terapia ambiental sobre las actividades del Taller de pintura?
4. ¿Notó usted algún cambio de conducta en su hijo/a durante las actividades del Taller de pintura?
- 5.¿Usted vio los productos que su hijo/a realizó durante el Taller de pintura?
- 6.¿Usted asistió a alguna de las exposiciones de los cuadros? Si asistió ¿Qué opina de los productos que se expusieron? Ni no asistió ¿Por qué?
- 7.Autorizaría que su hijo/a participará en una actividad similar que organice el servicio de terapia ambiental? ¿Por qué?

### **Anexo 3. Entrevista con terapeutas.**

1. ¿Usted había participado en actividades artísticas con niños con autismo?
2. ¿Recibió información sobre las actividades del Taller de pintura?
3. ¿Qué actividades y apoyos dio usted a los pintores durante el taller de pintura?
4. ¿Cuál fue su experiencia durante el taller? Describir aspectos positivos y negativos, así como dar ejemplos.
5. ¿Fue útil la participación y apoyo de la psicóloga educativa durante el taller? Dar ejemplos, de situaciones en que recibió o no apoyo.
6. ¿Notó usted algún cambio de conducta en los pacientes que participaron en el taller durante las actividades del mismo?
7. ¿Las condiciones del salón de usos múltiples dónde se desarrolló el taller, fueron adecuadas para las actividades? Dar ejemplos.
8. ¿Cómo evaluaría el desarrollo y productos del taller? Dar ejemplos.
9. ¿Volvería a participar en un proyecto similar? ¿Por qué?

#### Anexo 4. Cartas descriptivas del Taller de Pintura

<b>TALLER DE PINTURA PARA NIÑOS CON AUTISMO</b>	
Taller: De pintura	Duración: 20 horas.
Dirigido: a niños con autismo del H.P.I.DJ N N	Sesiones: 10 de dos horas cada una.
Objetivo General: Proporcionar herramientas necesarias al niño con autismo con el fin de poder comunicarse y expresarse libremente	
Objetivos específicos: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Presentación de pintores</li> <li>2. Modelo</li> <li>3. Dibujo libre</li> <li>4. Retrato</li> <li>5. Dibujo grupal</li> </ol>	

<b>Objetivo específico 1.</b>	
Contenidos procedimentales	
<b>CONTENIDOS ACTITUDINALES</b>	
	Sesión 1
Actividades	Preguntas abiertas de los niños: ¿Cómo se llaman? que hacen aquí? Porque tienes el cabello así? integrándose los pintores a los juegos de mesa durante los juegos los niños comenzaron a acercándose y tocando a los pintores
Materiales	Jugos de mesa: laberinto, tortugas y “ <i>make and break</i> ”.

<b>Objetivo específico 2.</b>			
Contenidos procedimentales			
Contenidos actitudinales			
	<b>Sesión 1</b>	<b>Sesión 2</b>	<b>Sesión 3</b>
<b>Actividades</b>	<p>Dibujo de modelo: Cardenal: Se realizó en 4 pasos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cabeza: tres círculos para la separación de cabeza, pico y cresta.</li> <li>• Cuerpo: en forma de ovalo y un semicírculo para el ala.</li> <li>• Cola: ovalo separando líneas internas para dar forma al plumaje.</li> </ul> <p>Patatas: líneas rectas con grietas para dar forma a las escamas de las patas.</p>	<p>Paisaje: se realizo mostrando el modelo y los pasos fueron:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Primero lo hicieron a lápiz</li> <li>• Mezclaron colores</li> </ul> <p>Y lo pintaron</p>	
<b>Materiales</b>	Pintura, tijeras, pinceles, pegamento blanco, lápiz y papel kraff	Óleo pintura pinceles y manos de los niños	

<b>Objetivo específico 3.</b>		
Contenidos procedimentales		
Contenidos actitudinales		
	<b>Sesión 1</b>	<b>Sesión 2</b>
<b>Actividades</b>	Dibujo libre: no se uso ninguna técnica solo se dio la indicación que podrían usar los colores primarios y se les enseño la combinación de colores que podrían hacer y hacer lo que ellos quisieran pintar con la mezcla de colores	Dibujo libre: no se uso ninguna técnica solo se dio la indicación que podrían usar los colores primarios y se les enseño la combinación de colores que podrían hacer y hacer lo que ellos quisieran pintar con la mezcla de colores
<b>Materiales</b>	Óleo, pintura, pinceles y paleta	Óleo, pintura, pinceles y paleta



<b>Objetivo específico 4.</b>		
Contenidos procedimentales		
Contenidos actitudinales		
	<b>Sesión 1</b>	<b>Sesión 2</b>
<b>Actividades</b>	Dibujo de retrato: Las indicaciones fueron tres: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sentarse dos en cada mesa</li> <li>• Que miraran bien a su compañero que estaba sentado junto a ellos.</li> <li>• Y por último que lo miraran bien y lo pintaran como ellos lo vieran</li> </ul>	Dibujo de retrato: Las indicaciones fueron cuatro: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sentarse dos en cada mesa</li> <li>• Se les asigno un compañero por la psicóloga</li> <li>• Que miraran bien a su compañero que estaba sentado junto a ellos.</li> <li>• Y por ultimo que lo miraran bien y lo pintaran como ellos lo vieran</li> </ul>
<b>Materiales</b>	Pintura, pinceles, paleta y papel	Pintura, pinceles, paleta y papel

<b>Objetivo específico 5.</b>		
Contenidos procedimentales		
Contenidos actitudinales		
	<b>Sesión 2</b>	<b>Sesión 2</b>
<b>Actividades</b>	Dibujo grupal: Las indicaciones: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Solo utilizar colores primarios</li> <li>• Hacer figuras geométricas como círculos, cuadrados y triángulos con papel kraff</li> <li>• Pintarlos con los colores primarios</li> <li>• Recortarlos y pegarlos en otro papel kraff que estaba en el piso</li> </ul>	Dibujo grupal: Las indicaciones fueron: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hacer dos grupos</li> <li>• Pintar do en la parte de arriba de color verde y negro de lado izquierdo</li> <li>• En los óleos de color rojo</li> <li>• Ponerse pintura del color que más les gustara en sus manos</li> <li>• Colocarlas sobre el óleo de color rojo</li> </ul>
<b>Materiales</b>	Óleo pinceles, colores pastel, thinner y lápiz.	Óleo, pinceles, pintura, paleta y lápiz