

# **Escuela Universitaria de Enfermería Gimbernat**

**Trabajo Final de Grado  
Curso académico 2013-2014**

**Efectividad de las intervenciones de arteterapia en niños  
diagnosticados de Trastorno del Espectro Autista.  
Revisión crítica de la literatura.**

**Patricia Hernández Ibáñez  
Clàudia Páez Freixas**

**Pilar Flor**

**Sant Cugat del Vallès, Junio de 2014**

## ÍNDICE

Resumen/ <i>Abstract</i> .....	3
Introducción.....	5
Justificación.....	5
Marco teórico.....	7
Objetivos.....	11
Material y método.....	12
Resultados .....	15
Discusión.....	27
Conclusiones.....	30
Agradecimientos.....	32
Bibliografía.....	33
Anexos.....	37

## RESUMEN

En los últimos 15 años se ha producido un incremento de la prevalencia del Trastorno del Espectro Autista. Debido a este aumento nace la necesidad de buscar terapias alternativas que mejoren la calidad de vida de los niños. Desde esta perspectiva el arteterapia se presenta como un método comunicativo y alternativo que a su vez mejora las habilidades sociales.

**Objetivos.** Profundizar sobre las intervenciones arteterapéuticas que se llevan a cabo, encontrar la mejor evidencia posible sobre la efectividad de esta técnica a nivel comunicativo y social e identificar el papel de enfermería en este ámbito.

**Material y método.** Se realiza una revisión crítica de la literatura de los últimos 10 años. Se formuló la pregunta en base a la estratégica PICO y la búsqueda fue en las bases de datos Pubmed, CINAHL, WOK, BVS usando palabras descriptoras en DeCS/Mesh. Criterios de inclusión: *abstract* disponible, tema adecuado al objeto del estudio, nivel de evidencia igual o superior a 2 según el JBI y disponibilidad del artículo completo.

**Resultados.** Se seleccionan 6 estudios cuasiexperimentales con un nivel de evidencia 2 y un grado de recomendación B, basados en las terapias a través de las artes plásticas.

**Discusión.** Se observaron resultados positivos y diferencias significativas en algunas de las áreas afectadas de los niños. Sin embargo, debido a la variedad en las muestras estos resultados pueden estar influenciados por otras variables.

**Conclusiones.** El arteterapia es una terapia coadyuvante que mejora las habilidades sociales y comunicativas y que permite la creación del vínculo paciente-terapeuta. Enfermería está capacitada para desarrollar estas intervenciones y pueden usarlas como herramienta comunicativa en otros ámbitos.

**Palabras clave.** Arteterapia, Autismo, Arte, Dibujar, Imaginación, Creatividad, Imágenes, Trastorno Autista, Comunicación.

## **ABSTARCT**

In the last 15 years an increase of the prevalence with the Autism Spectrum Disorder has occurred. Because of this increase comes the need to find alternative therapies that will improve the quality of life of children. From this perspective, art therapy is presented as an alternative method of communication and in turn improves social skills.

**Objectives.** Deepening on art therapy interventions carries out to find the best possible evidence on the effectiveness of this technique to communicative and social level and identify the role of nursing in this area.

**Method.** This one is a critical literature review of last 10 years. The question was formulated based on the strategic PICO and the search was on the databases Pubmed, CINAHL, WOK, BVS using descriptive words in DeCS / Mesh. Inclusion criteria: abstract available, subject appropriate with the object of study, evidence level 2 or above according to the JBI and availability of the full article.

**Results.** Six quasi-experimental studies with evidence level 2 and a grade B recommendation, based therapies through the arts are selected.

**Discussion.** Positive results and significant differences were observed in some of the affected areas of the children. Nevertheless, due to the variety in the samples these results can be influenced by other variables.

**Conclusions.** The art therapy is a helping therapy that improves the social and communicative skills and allows the creation of the link between patient and therapist. Nursing is qualified to develop these interventions and they can use them as communicative tool in other areas.

**Key words.** Art therapy, Autism, Art, Draw, Imagination, Creativity, Imagery, Autistic disorder, Communication.

## INTRODUCCIÓN

### JUSTIFICACIÓN

Desde que Kanner<sup>1</sup> desarrolló el primer estudio sobre el autismo y Wing<sup>2</sup> creó el concepto de espectro autista, son muchos los estudios que se han hecho hasta el momento<sup>3</sup>. En distintas partes del mundo (Inglaterra, EEUU, Alemania y Japón) se han realizado una serie de investigaciones sobre arteterapia orientadas a autistas, con buenos resultados y un esperanzador futuro<sup>4</sup>. Sin embargo, los resultados no son extrapolables a toda la comunidad con trastorno del espectro autista (TEA) por su variabilidad de sintomatología, por lo que son necesarios más estudios de esta índole.

Además en los últimos 15 años se ha incrementado la prevalencia de TEA<sup>5</sup>. Según la Asociación Internacional Autismo-Europa, en el mundo 5 de cada 10.000 personas presentan un cuadro de autismo y las cifras se elevan hasta una de cada 700-1000 personas si hablamos de espectro autista<sup>6</sup>. Datos más recientes del Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) muestran que 1 de cada 110 niños tiene este tipo de trastorno<sup>6</sup>. En España en 2008 había 15.700 personas diagnosticadas con TEA por lo que ha producido un incremento en la tasa de personas desde 1999 (de 1.1 a 3.35/10.000 habitantes)<sup>6</sup>. Con esta subida se ha empezado a considerar el autismo como un problema de salud pública que ha llevado a la creación de programas de seguimiento<sup>5</sup>. Este hecho, epidemiológicamente, encuentra respuesta en las mejoras de los procesos de atención temprana, cambios en los criterios diagnósticos, existencia de instrumentos de diagnóstico más eficaces, sensibilización y concienciación social y factores culturales y medioambientales<sup>5</sup>.

Debido a este aumento, nace la necesidad de buscar terapias alternativas que complementen a otros tratamientos y que ayuden a mejorar la calidad de vida de estos niños, pues cada vez el TEA se detecta a edades más tempranas y es de importancia la atención/intervención precoz. Para ello se han de encontrar intervenciones que influyan en las tres dificultades básicas que presentan las personas que padecen la enfermedad. Según la clasificación internacional de

enfermedades promovida por la Organización Mundial de la salud (OMS)<sup>7</sup> estas dificultades son:

- Deficiencias cualitativas de las pautas de interacción social recíproca.
- Deficiencias cualitativas en la comunicación verbal y no-verbal y de la actividad imaginativa.
- Repertorio muy limitado de actividades e intereses.

Uno de los recursos de que disponemos es el arte. Este tipo de técnicas, sobre todo las pictóricas, han sido usadas desde siempre por el ser humano. Desde las pinturas rupestres de la época de la prehistoria hasta el momento el arte se ha usado como un método de expresión y comunicación.

Fisiológicamente las imágenes tienen un poder de penetración, a nivel de la mente, por encima del discurso discursivo por lo que se entiende el arte como un valioso y efectivo instrumento, tanto en el campo de la terapia psicológica como en el arteterapia<sup>4</sup>. Este tipo de intervenciones propone a la persona con autismo una relación que pueda entender y cuyos objetos están orientados a intervenir en las áreas socio-afectivas, comunicativas e imaginativas<sup>8</sup>. Las imágenes, objetos, materiales y procesos artísticos se convierten en el medio básico de relación<sup>8</sup>. Fernández<sup>4</sup>, también afirma que el arteterapia brinda un medio de comunicación no-verbal y alternativo para aquellas personas cuya utilización del lenguaje o comprensión de las palabras es parcial o inexistente.

Por otro lado, el arte desarrolla la creatividad y ésta es necesaria para poder resolver problemas de cualquier tipo, no solo visuales. Mediante la creatividad, el niño desarrolla sus destrezas mentales de tal forma que el arte ayuda a resolver dificultades en otros ámbitos<sup>4</sup>.

Por todo lo expuesto anteriormente surge la necesidad de realizar estudios que demuestren la efectividad de este tipo de terapia para poder usarla como coadyuvante a otras intervenciones y proporcionar una mejora a nivel comunicativo y de interacción social recíproca y por ende mejorar la calidad de vida de estos niños.

Ante la falta de estudios científicos que abalen la técnica debido a la variabilidad de sintomatología de la patología, se propone esta revisión para así encontrar la

mejor evidencia posible sobre la efectividad de esta técnica en la etapa de la infancia.

## **MARCO TEÓRICO**

Etimológicamente la palabra autismo proviene del griego *autos* que significa “yo” y el sufijo *-ismo* que se refiere a “condición”. Así pues y según su origen el autismo se consideraría una condición asociada a la persona y no una enfermedad<sup>3</sup>. Aún así en la actualidad el TEA se considera como tal y está dentro de los trastornos generalizados del desarrollo, dentro de las enfermedades mentales<sup>9</sup>.

El autismo tiene sus orígenes a principios del siglo XX, aunque la concepción de la enfermedad y sus características han cambiado a lo largo de los años. En 1911, Bleuler introdujo el término “Esquizofrenia infantil” para referirse a niños que por decisión propia evitaban las relaciones sociales. Por el contrario, en 1943, Kanner determinó que el aislamiento social no era voluntario sino que era una incapacidad, y así creó el concepto “Autismo”. Desde entonces se ha iniciado la búsqueda de su etiología. Inicialmente se creía que una influencia negativa por parte de los padres, era la causa para que se desarrollara el trastorno. Hacia los años 60, se determinó que venía dado por componentes genéticos, cognitivos y afectivos. Éstos derivaron en las tres líneas de investigación que se siguieron hasta la década de los 90. Hoy, aún se desconoce dicha etiología y se realizan estudios cuyas hipótesis retoman las ideas anteriores y añaden factores hereditarios, genéticos y neurobiológicos, así como factores ambientales<sup>3</sup>.

Mulas et al<sup>10</sup>, definen el TEA como un grupo de alteraciones del neurodesarrollo que afectan de manera global distintas funciones cerebrales superiores del individuo, como la inteligencia, la capacidad del lenguaje i la interacción social. Según el DSM-IV<sup>9</sup>, que recoge la clasificación de enfermedades mentales, sus características diagnósticas incluyen el desarrollo anormal o deficiente de la interacción social, la comunicación y un repetitivo repertorio de actividades e intereses. La primera se caracteriza por la dificultad o incapacidad de desarrollar

relaciones y lazos de amistad, la falta de reciprocidad social o emocional y carencia de todo concepto relativo a la necesidad de los demás. La segunda afecta tanto a las capacidades verbales como no verbales. Puede aparecer un retraso del desarrollo del lenguaje o incluso su ausencia total. Entre sus rasgos encontramos la dificultad de iniciar y mantener una conversación, la ecolalia o el lenguaje idiosincrásico. Finalmente en referencia a las actividades, éstas son repetitivas, restringidas y estereotipadas<sup>9</sup>.

El diagnóstico de esta patología se define a través de unos criterios propuestos por el DSM-IV y la clasificación internacional de enfermedades (CIE-10) (Anexo 1). Éste suele realizarse a edades muy tempranas, normalmente antes de los 3 años, y es más presente en niños, con una frecuencia 4 a 5 veces mayor, que en niñas. A pesar de esto las niñas suelen tener asociado un retraso mental más grave<sup>9</sup>.

Los modelos de intervención en niños con autismo van dirigidos a potenciar las diferentes áreas del desarrollo del niño, fomentando la independencia en la vida diaria. El tipo de actividad que se lleva a cabo depende totalmente del grado de afectación y la sintomatología que presenta el niño<sup>3,10</sup>. Para medirlo disponemos de escalas como: *Cheklis for Autism in Toddlers* (CHAT) (Anexo 2), que es una herramienta que se aplica a los 18 meses, tiene predicción del 90% y se complementa con el *Modifield for Autism in Toddlers* (M-CHAT) (Anexo 3); y también la escala *Childhood Autism Rating Scale* (CARS), que evalúa la esfera conductual y divide el TEA en normal, moderado y severo (Anexo 4)<sup>3</sup>. Para adecuarse a las características de cada persona existen distintos tipos de terapia. Las intervenciones biomédicas, cuya finalidad es el tratamiento de los síntomas asociados mediante medicación y modificación de la dieta; psicoeducativas, que consisten en enseñar nuevos comportamientos y habilidades (terapia conductual), a desarrollar relaciones positivas con técnicas sociales y comunicativas (terapia evolutiva) y las basadas en terapias que intentan influir en las dificultades de habilidades sociales y comunicación, como el arteterapia en el que se basa esta revisión; la terapia familiar donde se incluye la familia dentro del tratamiento; y las combinadas<sup>10</sup>.

Según la Asociación Americana de Arteterapia (AATA) se define como la oportunidad de expresión y comunicación no verbal, mediante la implicación para



solucionar diferentes conflictos emocionales y para fomentar la autoconsciencia y el desarrollo personal, utilizando el arte como medio para ayudar a encontrar una relación entre el mundo exterior y el interior del individuo<sup>4,11</sup>.

El arte es una terapia alternativa y de apoyo al tratamiento porque es un medio de comunicación no verbal, que a las personas con alteraciones parciales o totales del lenguaje les ayuda a poder expresarse gracias a las imágenes<sup>4</sup>.

Éste, el dibujo o las obras plásticas son muy antiguos, pero la utilización de éstas como herramienta para la educación o el aprendizaje apareció con Naumburg, que creó una escuela basada en la visión psicoanalítica incorporando los elementos ilustrativos<sup>4</sup>. Posteriormente Cane, introdujo el concepto de las emociones dentro de la educación para fomentar la creatividad y la expresión del interior de los niños<sup>4</sup>. Pero el arte como terapia aparece en 1941, con un pintor diagnosticado de tuberculosis, Hill, que expresaba a través de su pintura<sup>12</sup>.

Posteriormente el británico Adamson se convirtió en el primer arteterapeuta trasladando esta terapia a los enfermos mentales severos del hospital Netherne de Gran Bretaña. Siguió esta línea autores Kramer, Klein y Winnicott, que estableció la teoría de que hay una estrecha relación entre la salud mental y la creatividad como motor del crecimiento mental saludable<sup>13</sup>. El arte creado por este tipo de paciente empezó a ser denominado como “Art brut”. Dubuffet lo definía como producciones de todo tipo con carácter espontáneo e inventivo que hayan sido creadas por personas no afiliadas a la cultura artística en sí<sup>14</sup>.

Actualmente el arteterapia es complementaria en el tratamiento de muchas alteraciones del lenguaje y la comunicación, porque se considera que es un acompañamiento y ayuda de la persona que padece estas dificultades, proporcionando un medio de comunicación e interrelación, que facilita la integración social, y que le ayuda a conseguir una transformación de sí mismo y le da confianza y autoestima<sup>15</sup>. En muchos países europeos y EEUU se trata de una intervención integrada en los equipos multidisciplinares<sup>13,16</sup>. Malpica<sup>17</sup> afirma que es un eficaz instrumento para los profesionales sanitarios, incluyendo la profesión de Enfermería. Otros ámbitos en los que se aplica esta técnica y que han demostrado su efectividad es en niños durante el proceso de hospitalización, mejorando su desarrollo psicosocial a través del simbolismo, la creatividad y la

expresión facilitando la estancia en el hospital y la salud mental de los pacientes; en el ámbito oncológico sobretodo, aportando también resultados favorables; y en los cuidados paliativos<sup>16,18</sup>.

Retomando el arteterapia como intervención para el autismo, Recio<sup>13</sup> afirma que se diferencia de otras técnicas terapéuticas por la importancia del proceso creativo, de la transformación de los materiales artísticos y del resultado de todo este proceso como una forma de aproximación a los conflictos internos del paciente. También explica que es una técnica que usa el proceso creativo, en la que el paciente debe encontrar el equilibrio entre aquello que quiere hacer y lo que puede llegar a hacer con el material, encontrándose con la ley de la materia y teniendo que afrontarla. El material se convierte en el medio, en el vínculo entre el niño y el terapeuta y la base de la comunicación entre ambos<sup>13,16,19</sup>. Todos los factores que intervienen en el proceso (paciente, obra creada y terapeuta) actúan como un todo y son de igual importancia, por lo que se han de tener en cuenta las preferencias y necesidades en todos los sentidos del conjunto y hay que delimitar tiempo, espacio y materiales en función del tipo de sesión que se lleve a cabo, para así adaptarse a los requerimientos del paciente o del grupo en caso de terapia conjunta<sup>13,19</sup>.

Con la evolución del conocimiento y las nuevas tecnologías, al arte se le ofrecen otras alternativas para ser expresado. Los métodos arteterapéuticos de que disponemos van desde el dibujo, la pintura y la escultura hasta el collage, la fotografía, el vídeo, el body-art... gracias a las nuevas tecnologías que ofrecen otras maneras de transmitir, experimentar y aprender<sup>20</sup>. A pesar de este gran abanico de posibilidades hay que tener en cuenta que cada material tiene su finalidad terapéutica y se adecua a cada tipo de intervención<sup>13</sup>. Centrándonos en las artes plásticas, la pintura mediante el color proporciona sensaciones que se traducen en emociones. La organización de formas, la superposición y el uso de los planos nos proporcionarán información sobre el estado del niño y al analizarlo hay que considerar factores como la edad, la capacidad madurativa y cognitiva<sup>13</sup>... Lo mismo ocurre con el dibujo aunque éste está relacionado con la estructura de la inteligencia y permite entender el estado y las experiencias internas del niño<sup>13,16</sup>. Se da valor a la forma la capacidad de simplificación a la

hora de plasmar la realidad, vinculada a la madurez cognitiva. En este caso hay que prestar especial atención al discurso que acompaña la construcción del dibujo para identificar las dificultades reales<sup>13</sup>. Valladares añade en uno de sus estudios que el arteterapia mediante el dibujo tiene por objeto la forma, precisión desarrollo de la atención, de la concentración, de la coordinación visomotora y espacial y estimula la función ordenadora del paciente<sup>21</sup>.

El niño con autismo vive en un mundo de sensaciones y es lo que esta terapia ofrece. Es un lenguaje al que probablemente se llegue con mayor facilidad que al lenguaje de palabras<sup>13</sup>.

En resumen Recio<sup>13</sup> argumenta que el arteterapia tiene como objetivo principal la mejora de la calidad de vida de los niños con TEA y dar sentido a sus sensaciones y percepciones. Así como permitir la exteriorización de sentimientos positivos y negativos, trabajar la reorganización interna del niño, recuperar la autonomía perdida, disminuir el dolor y estimular la imaginación y creatividad<sup>22</sup>.

Permite adaptarse a este tipo de población y ofrece la posibilidad de destruir y volver a construir de forma simbólica el conflicto, permitiendo así que los niños se sientan capaces, tomen consciencia de las propias potencialidades, ayudando a conservar la autoestima, a sentirse seguros consigo mismos y así ampliar las posibilidades de cambio y el aumentar el crecimiento psíquico individual<sup>13,22</sup>.

## **OBJETIVOS**

- Profundizar sobre las intervenciones de arteterapia aplicadas a niños con Trastorno del Espectro Autista que se han llevado a cabo.
- Identificar la mejor evidencia posible sobre la efectividad de las intervenciones de arteterapia en niños con Trastorno del Espectro Autista, atendiendo a las mejoras en la comunicación y relación e interacción interpersonal.
- Identificar los procedimientos arteterapéuticos que desarrolla enfermería en este ámbito.
- Elaborar conclusiones para la mejora del tratamiento de niños con Trastorno del Espectro Autista mediante el arteterapia, como coadyuvante.

## MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una revisión crítica de la literatura siguiendo el protocolo “10 pasos para buscar evidencias: Vayamos paso a paso”<sup>23</sup> y la lista de “Declaración PRISMA”<sup>24</sup>.

Se formuló la pregunta en base a la estrategia PICO<sup>25-26</sup>: Paciente, Intervención, Comparador, Resultado (tabla 1). Ésta fue:

“¿Son efectivas las intervenciones de arteterapia para mejorar la comunicación y las relaciones e interacciones sociales en los niños con diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista?”

La estrategia de búsqueda se realizó con palabras clave descriptoras en Ciencias de la Salud (DeCs) y *Medical Subject Headings* (MeSH) adecuados al objeto de búsqueda (tabla 2). La búsqueda bibliográfica se llevo a cabo en las bases de datos Pubmed, *Web of Knowledge* (WOK), CINAHL y BVS (tabla 3).

Se realizó una primera criba de los artículos fijándonos en el título y los *abstracts* con los criterios de inclusión siguientes: *abstract* disponible y artículos publicados en últimos 10 años. A continuación como segunda selección se tuvo en cuenta que los *abstracts* se adecuaran al objeto de estudio: intervenciones que se basen o contengan alguna técnica arteterapéutica aplicadas a niños con TEA. Debido a la gran cantidad de artículos, este procedimiento se realizó dos veces consecutivas. Primeramente realizando una lectura rápida y posteriormente una lectura más exhaustiva de los resúmenes seleccionados en la tarea anterior. La siguiente criba se realizó en base a la disponibilidad total de los artículos. En caso de no tener disponible el documento completo se estableció contacto con los autores vía e-mail. Finalmente para su lectura se aceptaron solo los estudios al completo, tanto los que ya se habían recopilado anteriormente como los de aquellos autores que respondieron a la petición. Se excluyeron también aquellos artículos que no aseguraran, como mínimo, un nivel de evidencia II según la clasificación “*JB* *Level of Evidence*”<sup>27</sup>.

Para la selección, dos revisores realizaron una lectura crítica de los artículos de forma independiente. Se escogieron los estudios mediante consenso entre ambos.

Tabla 1. Descripción de la pregunta de investigación. Estrategia PICO.

<b>Acronimo</b>	<b>Definición</b>	<b>Descripción</b>
P	Paciente/Problema	Pacientes niños con diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista.
I	Intervención	Intervenciones de arteterapia centradas en las artes plásticas (Dibujo, pintura...) mediante la creatividad y la imaginación.
C	Comparación	La comparación podría ser realizada con otros niños diagnosticados de Trastorno del Espectro Autista que no sean tratados con arteterapia.
O	<i>Outcomes</i> (Resultados)	El arte como terapia mejora las relaciones sociales y la comunicación del niño en la interacción con las personas y el medio que le envuelve, pudiéndose llevar a cabo por profesionales de Enfermería.

Tabla 2. Estrategia de Búsqueda: palabras clave.

<b>Términos “naturales”</b>	<b>Términos DeCS</b>	<b>Mesh Terms</b>
Niños	Niño	Child
Autismo	Trastorno autístico	Autism/ autistic disorder
Arteterapia	Terapia con arte	Art therapy
Comunicación	Comunicación	Communication
Relación social	Relaciones interpersonales	Interpersonal relations
Creatividad	Creatividad	Creativity
Imaginación	Imaginación	Imagination/Imagery

Tabla 3. Estrategia: Búsqueda en bases de datos.

Fecha	Base de Datos	Combinación DeCS/MeSH	Selección / resultados (Criba inicial)
19/12/2013 - 7/01/2014	Pubmed	Art therapy AND autism Art AND autism Draw AND autism Imagination AND autism Creativity AND autism Imagery AND autim	1/15 1/80 0/51 1/82 5/25 0/11
08/01/2014 – 14/01/2014	WOK	Autism AND Art therapy Art AND autism Creativity AND autism Draw AND autism Imagination AND autism Imagery And autism	0/25 7/149 1/70 5/489 1/113 4/43
16/01/2014	CINAHL	Art therapy AND autism Autistic disorder AND art therapy Art AND autism Art Therapy AND communication AND autistic Autistic AND communication method Creativity AND autistic disorder Draw AND autism Imagination AND autism Imagery AND autism	4/6 4/11 0/20 3/5 3/86 0/9 7/45 0/31 0/1
17/01/2014	BVS	Art therapy AND autism	2/22

## RESULTADOS

Tras la búsqueda de artículos en las bases de datos mencionadas anteriormente, y usando las palabras descriptoras ya indicadas, se encontraron un total de 1389 *abstracts*. Se desestimaron 117 por repetición y 507 por no cumplir los criterios de inclusión: *abstract* disponible, publicaciones de los últimos 10 años. Otros 1223 *abstracts* se descartaron mediante lectura rápida por no adecuarse al objeto de estudio. De los 49 seleccionados se desestimaron 29. Se realizó la lectura completa de 20 estudios de los cuales se seleccionaron definitivamente 6, todos clasificados como estudios cuasiexperimentales (Figura 1).

### **Assessing Portrait Drawings Created by Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorder<sup>28</sup>.**

Autores: Nicole Martin, Lawrence KS.

Año: 2008.

Este estudio piloto, se diseñó para recoger datos sobre los retratos hechos por niños y adolescentes con autismo para saber cómo atendían a los rostros y determinar si hay evidencia de pensamiento icónico en sus dibujos.

La muestra estaba formada por 25 niños y adolescentes y jóvenes adultos de entre 6 años y 4 meses hasta los 20 años (edad media de 13 años), 20 niños y 5 niñas; diagnosticados de TEA, cuyos padres firmaron el consentimiento y que pudieron adaptarse a la disponibilidad temporal de la terapeuta y del estudio. Dicha muestra se comparó con otro grupo formado por 15 niños y adolescentes, 5 de las cuales eran de género femenino y el resto masculino de entre 7 y 14 años (edad media 10,7 años), con un desarrollo típico, el consentimiento firmado y también la adaptación a las necesidades en cuanto al tiempo. La intervención llevada a cabo consistió en que los niños debían dibujar a la educadora, en un tiempo máximo de 30 minutos. Durante la sesión de arteterapia se les grabó en vídeo para posteriormente analizar la relación del niño con el entorno y su comportamiento. Al terminar los dibujos se les dio la opción de dibujar otra imagen libremente, sin restricciones. Los dibujos se evaluaron mediante el *Portrait Drawing Assessment* que evalúa 13 características del dibujo y 17 del comportamiento y el entorno.

También se evaluó el dibujo mediante la teoría del desarrollo del dibujo en niños. Cabe destacar que la tarea de dibujo opcional no fue incluida en el estudio y que la autora también dibujó a los participantes.

Como resultados se observó que no había diferencias significativas en el tiempo que tardaron en realizar los dibujos ambos grupos. Se observó que el grupo de los niños autistas mostró más interés y estar más centrados en realizar la tarea que los niños con desarrollo típico. Un 64% de los autistas aceptaron realizar el segundo dibujo frente al 27% de los niños del otro grupo.

La experiencia de dibujar sirve para reflejar de forma holística el desarrollo del niño, sin llegar a tener una finalidad diagnóstica. Del mismo modo fijándonos en las características de los dibujos se pueden identificar los diferentes grados de autismo.

El hecho de que la educadora también dibuje a los niños que participan en su estudio hace que se cree un vínculo entre ambos y así facilitar la realización de la terapia. A través de este vínculo se observó que los dibujos adicionales que realizaron se convirtieron en un medio de comunicación para expresar las vivencias, intereses y sentimientos del niño hacia la terapeuta.

### **Outcome-Based Evaluation of a Social Skills Program Using Art Therapy and Group Therapy for Children on the Autism Spectrum<sup>29</sup>.**

Autor: Kathleen Marie Epp.

Año: 2008.

Este estudio tiene como finalidad examinar la efectividad de un programa terapéutico sobre las habilidades sociales usando la arteterapia y las técnicas de comportamiento y conducta en grupos de terapia, para ampliar e intensificar las técnicas más usadas y así ayudar a niños con desorden del desarrollo social a potenciar estas habilidades, usando como referencia el programa Superkids.

La muestra inicial estaba formada por 79 niños de primaria y secundaria con autismo, pero finalmente quedaron en 66 por motivos de permisos paternos, de los profesores y otras razones. Los niños no eran conscientes de que se les había incluido en el estudio. La intervención consistió en realizar una vez por semana



una hora de terapia grupal basada en el programa que usa la terapia artística basada en el dibujo. Como instrumento se usó el cuestionario *Social Skills Rating System (SSRS)* que se proporcionó antes y después de la realización de las actividades.

Los resultados muestran estadísticas significativas en la mejora de la habilidad social de validación y en cuanto a los problemas de comportamiento se vio mejorado el comportamiento interno y la hiperactividad.

El estudio muestra evidencia en la mejora de las habilidades sociales y en la resolución de los problemas de comportamiento, tras la comparación del antes y el después de haber aplicado la terapia. Este tipo de intervención incorpora una forma de incidir en los conceptos sociales y emocionales a través de la orientación visual y la kinésica.

### **Expressive drawing ability in children with autism<sup>30</sup>.**

Autores: Richard P. Jolley, Rachael O'Kelly, Claire M. Barlow y Christopher Jarrol.

Año: 2013.

Este artículo parte de la premisa de que los niños con TEA tienen dificultades en las competencias sociales, emocionales, en la imaginación y la capacidad de generar ideas, por lo que predicen que en la expresión de los dibujos de dichos niños se observarán diferencias significativas que los niños con dificultades del desarrollo.

Para el desarrollo del estudio se usó una muestra de 60 niños, de entre 5 y 19 años, divididos en grupos de 15 personas (15 diagnosticados de autismo, y tres grupos control formados por 15 niños con dificultades moderadas de aprendizaje o MLD sin diagnóstico de autismo, y dos agrupados en función de la edad mental verbal o MA y la edad cronológica o CA). La intervención consistía en dibujar dos imágenes (una feliz y otra triste) con la condición de que se viera reflejado en el dibujo, sin límite de tiempo y no estaba permitido mirar el primer dibujo que se había realizado cuando ya se estaba elaborando el segundo. Los dibujos fueron evaluados en base a tres aspectos: calidad de expresión (medida en una escala de 7

puntos), si incluía contenido en relación a las personas (cuerpos, partes incorpóreas, y personificación) o al tema social de acuerdo al estado de humor solicitado; también se tuvo en cuenta la línea, el color y la composición.

El coeficiente de correlación de Pearson muestra una fuerte asociación lineal positiva en el grado de acuerdo de los dos jueces que valoraron los dibujos, tanto en los tristes ( $r = .89$ ,  $p < .001$ ) como en los alegres ( $r = .86$ ,  $p < .001$ ). La prueba de ANOVA de dos factores (efectos de grupo y estado de humor presentes en el dibujo sobre los marcadores de calidad de expresión) no muestra diferencias estadísticas significativas entre los grupos, sin embargo junto con la prueba de Posthoc Tukey se observa una puntuación significativamente mayor en el grupo CA que en el resto.

Las pruebas de Kruskal-Wallis y de Mann-Whitney ( $\alpha = 0.017$ ) muestran que los niños con autismo dibujaron considerablemente más dibujos incorpóreos (únicamente rostros) que el grupo de MA. La temática social fue muy variable entre todos los grupos, aunque el grupo CA mostró más escenas sociales. Finalmente se estableció una relación significativa entre la calidad de expresión y la edad mental de los niños con autismo pero no con la edad cronológica.

Los niños con autismo son capaces de expresar mediante el dibujo igual que el resto de grupos. La mayoría de los niños representaron literalmente la expresión de felicidad y tristeza. Recomiendan el uso de medidas independientes de competencia emocional para investigar la relación entre los daños emocionales experimentados y su expresión en los dibujos que realizan.

### **Drawing self and others: How do children with autism differ from those with learning difficulties<sup>31</sup>?**

Autores: Anthony Lee, R. Peter Hobson.

Año: 2006.

Este estudio tiene como predicción principal que las dificultades en el compromiso social y la cognición se manifestarían en los dibujos de figuras humanas de los niños autistas, tanto de sí mismos como de otros. Parte de la teoría de que los niños a través del dibujo rebelan su percepción en cuanto a conciencia

y concepto de ellos y los demás; y de que los dibujos de seres humanos reflejan el desarrollo cognoscitivo y sus actitudes con ellos mismos y su entorno en relación a sus vidas. La hipótesis que plantea es: “Los niños con autismo tienen un autoconcepto restringido en virtud de su limitado compromiso emocional y la identificación con los demás. Tienen una experiencia empobrecida en los encuentros cara a cara centradas en otras experiencias y una falta de propensión de percibir y asimilar las actitudes de los otros hacia ellos”.

La muestra constaba de 14 niños y adolescentes diagnosticados de autismo que fueron comparados con otro grupo de 14 individuos con dificultad de aprendizaje; ambos grupos con edades cronológicas y mentales similares. La intervención se dividía en tres partes en función del tipo de dibujo que se debía realizar. La primera consistía en dibujar tres imágenes: una figura humana indicando el género; una figura humana de sexo contrario al primer dibujo y una ilustración sobre sí mismos. La segunda estaba formada por tres fases: primero debían dibujar una casa; a continuación tenían que dibujar una casa distinta a la primera; y para finalizar su propia casa. Para terminar debían realizar el subtest *Draw-a-Design* de *McCarthy Scales of Children's Abilities*, que consistía en copiar en un folleto 9 figuras geométricas de menor a mayor dificultad. Los dibujos de figuras humanas se evaluaron mediante la escala estandarizada de *McCarthy*. Se evaluaron 10 características y cada una de éstas se puntuaba entre 0 y 2, por lo que la puntuación máxima era de 20. También se utilizó el *contrast score* para evaluar los dibujos fijándonos en las 10 características anteriores más el tamaño de la figura y sus ropajes, con una puntuación total de 12. En el caso de las casas se usaron los mismos instrumentos, pero en lugar de observar la vestimenta se fijaron en la decoración de la casa. Finalmente la tercera actividad se evaluó mediante los criterios de *McCarthy* con una puntuación máxima de 19. Tanto las puntuaciones estándar como las de contraste fueron analizadas por dos calificadores; uno que conocía las características del estudio y otro ciego al diagnóstico de los participantes y a la hipótesis. En las puntuaciones estándar los puntadores tuvieron un elevado consenso ( $\kappa = .81$ ), mientras que en las puntuaciones de contraste fue sustancial ( $\kappa = .61$ ). También se evaluó el estilo de dibujo. Para hacerlo, primero una persona ciega al estudio tuvo que agrupar

dibujos que consideraba que estaban desarrollados por la misma persona. Después a otro evaluador también ciego, se le proporcionaron los grupos de dibujos, tanto de casas como de humanos, añadiendo 5 agrupaciones adicionales, y debía puntuarlos en una escala de 5 puntos en función de si consideraba que habían sido realizados por la misma persona. Finalmente los dibujos de sí mismos de ambos grupos se intercalaron, así como las figuras de casas. Se les dio a dos especialistas clínicos que tenían experiencia con niños autistas y éstos debían identificar los dibujos realizados por los niños con autismo.

Se encontraron diferencias significativas que mostraban que la mayoría de niños con autismo dibujaban figuras que eran similares entre sí. También se observaron diferencias en las puntuaciones entre los dibujos humanos y las casas. Los participantes con autismo mostraron menos diferenciación en sus dibujos de personas que en los de casas, al contrario que el otro grupo.

Los niños con autismo no tienen una falta de generatividad y flexibilidad en la realización de dibujos (casas) que se refleja en los detalles y la elaborada construcción de éstos. Las figuras humanas parecen ser un medio de expresión de la experiencia social en la mayoría de niños, que también se evidencia en los niños que padecen TEA. Las diferencias en los dibujos de los niños con dificultades de desarrollo y los niños autistas reflejan los factores que influyen en sus dibujos, como el contacto interpersonal y las actitudes hacia sí mismos y los demás.

### **Choice as a Strategy to Enhance Engagement in a Coloring Task in Children with Autism Spectrum Disorder<sup>32</sup>.**

Autores: Christine L. Lough, Martin S. Rice, Larry G. Lough.

Año: 2012.

Este estudio surge con el propósito de investigar los efectos de la elección en la calidad y duración de una actividad de colorear en niños con TEA. Las hipótesis para este estudio fueron tres:

1. Cuando los niños puedan elegir usarán más cantidad de tinta que cuando no tengan elección.

2. Bajo condiciones de elegibilidad los niños usarán más colores que cuando no puedan elegir.
3. Cuando puedan elegir la duración de la actividad será mayor que cuando no puedan.

Este estudio contó con la participación de 22 niños y 4 niñas con TEA de entre 8 y 15 años. Todos los participantes realizaron la actividad dos veces, una en la que podían elegir el material (plantilla y colores) y otra en la que no se podía elegir. Para medir la cantidad de tinta usada cada imagen se escaneó al ordenador y se calcularon los píxeles coloreados. Las variables dependientes incluían la cantidad de color aplicado, la diversidad de colores y el tiempo requerido.

No hubo diferencias significativas en la cantidad de píxeles coloreados en ambas condiciones. Sin embargo, los niños usaron significativamente más colores y más tiempo en el desarrollo de la tarea en condiciones de elegibilidad. Por tanto, se descarta la hipótesis 1 y se aceptan la 2 y la 3. El uso de más colores demuestra estar más involucrado con la actividad. Muchos niños con autismo luchan por mantener el compromiso con la actividad secundaria a las dificultades de interacción y comunicación. Para desarrollar estas habilidades es importante que los niños se comprometan con los profesores, terapeutas y padres. La elección de materiales incrementa el compromiso que tiene el niño con la actividad y de este modo se facilita la enseñanza de nuevas habilidades. Dejar elegir incrementa la percepción del individuo del lugar de control. La motivación y el compromiso son cuestiones principales que afrontan los niños con autismo; darles criterio de elegibilidad aumenta estas dos características. Recomiendan que cuando se trabaja con niños con TEA es importante entender y ser conscientes de la eficacia de las estrategias para incrementar la participación, por lo que sugieren incorporar la “elección” a las terapias.

**Mediadores artístico-expressivos e interacção social- Estudo com crianças com perturbação do espectro do autismo. (Artistic-expressive mediators and Social Interaction- Study with Children with Autism Spectrum Disorders)<sup>33</sup>.**

Autores: Marta Simões, Graça Duarte Santos.

Año: 2012.

“Las terapias artísticas y expresivas son una forma multidireccional de relación terapéutica que utiliza los vínculos lúdico-artísticos como una forma de proporcionar, no solo la expresión del mundo interno de la persona sino también el descubrimiento de las relaciones interpersonales”. Partiendo de esta premisa este estudio tiene como objetivo estudiar el comportamiento no verbal y el uso de la interacción regulatoria del niño con TEA en una intervención con mediadores artísticos y expresivos. Se centra en dar respuesta a 4 preguntas:

1. Que conductas/comportamientos no verbales demuestra los niños con TEA durante la intervención con mediadores artísticos y expresivos.
2. Cómo evoluciona la conducta no verbal de los niños con TEA durante la intervención.
3. Si existe un mayor número de reguladores de interacción social (contacto visual, expresión facial, gestos, proxémica y la voz) junto con los mediadores.
4. Si existen similitudes de comportamiento no verbal entre los niños con TEA que participan en el estudio.

Se utilizó una muestra de 4 niños de entre 4 y 9 años de edad, diagnosticados con TEA. La terapia se basó en la realización de 20 sesiones, con temporalidad semanal, de una duración de 45 minutos por sesión a través de las cuales el niño interactuaba con los distintos mediadores que se le proporcionaron (instrumentos musicales, pelotas, juguetes y materiales plásticos como rotuladores, lápices de colores, pinturas, pinceles...). Para evaluar estas conductas y habilidades se usaron las escalas CARS (Anexo 4) y *Autism Behaviour Checklist* (ABC) (Anexo 5) que se utilizaron antes y después de la intervención. Además se realizó un análisis global de los 4 casos para encontrar similitudes entre ellos.

Gradualmente todos los niños fueron desarrollando algunas habilidades de comportamiento a través de distintos mediadores. Uno de ellos primero se interesó por la música y los objetos. En este caso se produjo una disminución de las estereotipias y manierismos. Progresivamente aumentó su tolerancia a los materiales plásticos que finalmente junto con el movimiento se convirtió en un canal de comunicación. También se observó un aumento en las verbalizaciones y vocalizaciones para pedir material y una mejor tolerancia a la proximidad física. En otro de los casos también se produjo un interés por los mediadores musicales y plásticos. Aunque en este caso a pesar de que el niño pronunciaba sílabas y sonidos aún persistían muchas dificultades comunicativas. En un tercer caso se estableció preferencia por la música y la danza. Las mejorías que presentó fueron un aumento a la tolerancia al contacto, una mejora en la frecuencia de verbalización, de las capacidades visuales y táctiles y también se desarrolló la capacidad recíproca emocional y sensorial. Finalmente en el último caso a pesar de iniciarse con poca adherencia al los mediadores se decantó por las artes dramáticas y la música.

Las puntuaciones de CARS y ABC mostraron una evolución positiva entre el pre y el post-test. En todos los casos se produjo un desarrollo en las habilidades necesarias para la interacción social, aunque fueran leves. Se observó una disminución de los comportamientos específicos del TEA. También, finalmente hubo una disminución de los gestos estereotipados, un aumento de las acciones comunicativas con la intención de expresar sentimientos, tanto de afecto como de ira, y una mejora en cuanto a la intención de comunicarse verbalmente. Otro aspecto de gran importancia en relación al contacto social interpersonal fue que en todos los casos, en la relación con el psicólogo hubo un aumento de la reciprocidad emocional y social, y durante las sesiones los materiales se convirtieron en el vínculo entre el terapeuta y el paciente.

Se realiza una síntesis de los estudios encontrados en forma de tabla (tabla 4).

Figura 1. Diagrama de Búsqueda.

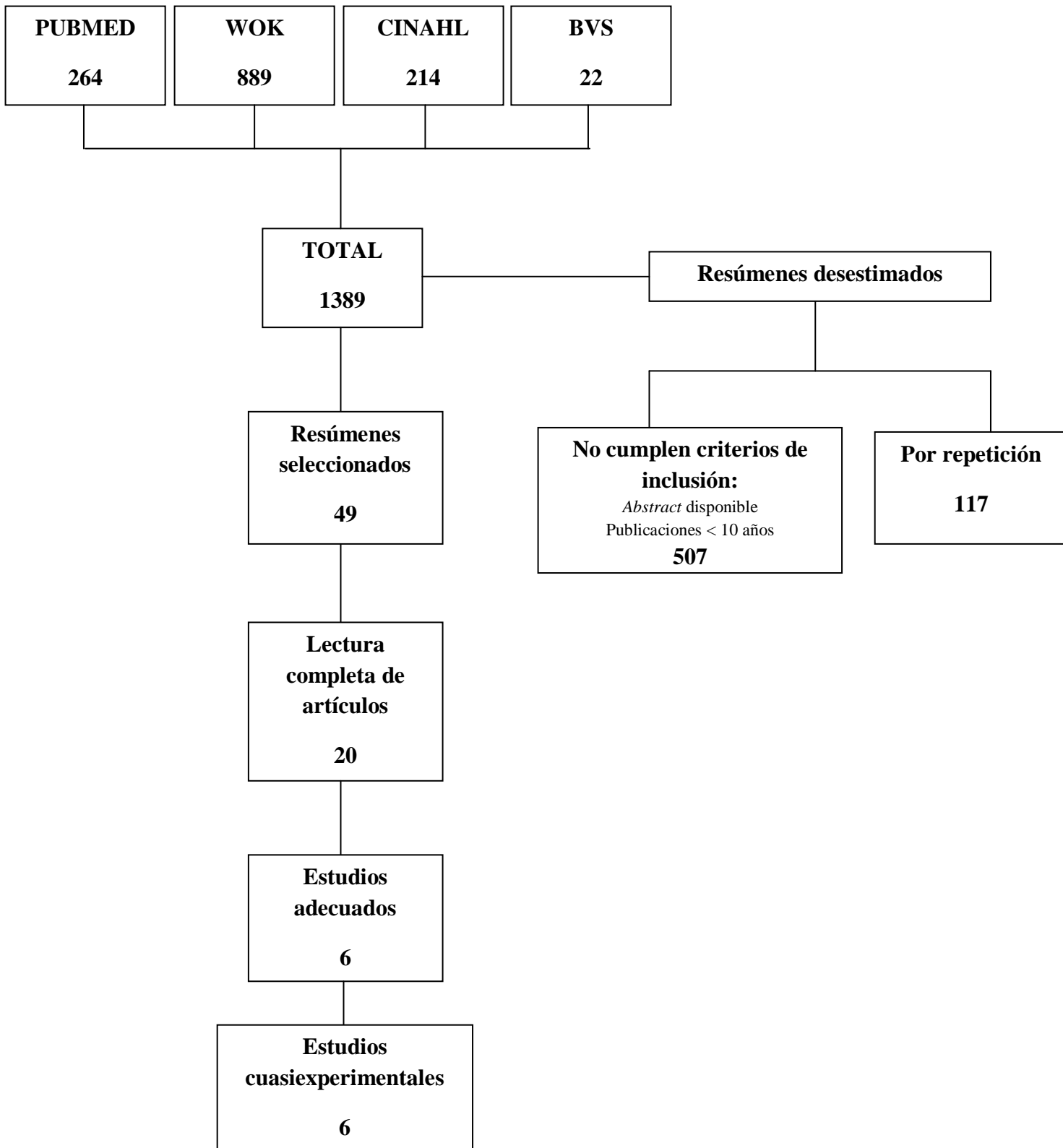




Tabla 4. Síntesis de los estudios seleccionados.

Autor/Título	Tipo de Estudio	Intervención	Resultado	Comentario	N.E.*	G.R.**
<p>Nicole Martin, Lawrence KS.</p> <p><b>Assessing Portrait Drawings Created by Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorder.</b></p>	<p>CUASIEXPERIMENTAL (25 niños con TEA y 15 con desarrollo típico)</p>	<p>Arteterapia: dibujo de un retrato y dibujo expresivo</p>	<p>No diferencias significativas en el tiempo empleado. Niños con TEA mostraron más interés. 64% de autistas escogieron realizar el dibujo expresivo.</p>	<p>Dibujo=expresión holística del desarrollo del niño y su comunicación. Creación del vínculo terapeuta-paciente.</p>	<p>2</p>	<p>B</p>
<p>Kathleen Marie Epp</p> <p><b>Outcome-Based Evaluation of a Social Skills Program Using Art Therapy and Group Therapy for Children on the Autism Spectrum.</b></p>	<p>CUASIEXPERIMENTAL (66 niños con TEA)</p>	<p>SuperKids Program: dibujo y terapia grupal</p>	<p>Mejora en la habilidad social de validación, comportamiento interno e hiperactividad.</p>	<p>Mejora en las habilidades sociales y en la resolución de problemas de comportamiento. Orientación visual i kinésica</p>	<p>2</p>	<p>B</p>
<p>Richard P. Jolley, Rachael O'Kelly, Claire M. Barlow y Christopher Jarrol.</p> <p><b>Expressive drawing ability in children with autism.</b></p>	<p>CUASIEXPERIMENTAL (60 niños agrupados en conjuntos de 15: autistas, con dificultades de aprendizaje moderadas y el resto por edad mental y cronológica)</p>	<p>Creación de dos dibujos: felicidad y tristeza</p>	<p>Fuerte asociación lineal entre los jueces ciegos al estudio. Niños autistas → más figuras incorpóreas. Relación entre expresión y edad mental en los niños autistas.</p>	<p>Los niños autistas son capaces de expresar igual que el resto Recomiendan el uso de la competencia emocional → relación daños emocionales y expresión.</p>	<p>2</p>	<p>B</p>
<p>Anthony Lee, R. Peter Hobson.</p> <p><b>Drawing self and others: How do children with autism differ from those with learning difficulties?</b></p>	<p>CUASIEXPERIMENTAL (14 niños autistas y 14 niños con dificultades de aprendizaje)</p>	<p>Arteterapia consistente en 3 fases de dibujos: figura humana, figura no humana (casa) y figuras geométricas</p>	<p>Niños con autista dibujos similares entre sí en las diferentes temáticas. Menos diferenciación en las figuras humanas que en las no humanas.</p>	<p>No existe falta de generatividad y flexibilidad. Figuras humanas = a la expresión de experiencias sociales. Dibujos expresan factores de influencia como contacto interpersonal y sus actitudes.</p>	<p>2</p>	<p>B</p>

Christine L. Lough, Martin S. Rice, Larry G. Lough. <b>Choice as a Strategy to Enhance Engagement in a Coloring Task in Children with Autism Spectrum Disorder.</b>	CUASIEXPERIMENTAL (26 niños con TEA)	Arteterapia basada en la elección de material	La elección del material aumenta el tiempo empleado, la variedad de colores usados, la percepción del entorno, el compromiso y la motivación.	Incorporar la elección a las terapias incrementa la participación en la actividad.	2	B
Marta Simões, Graça Duarte Santos. <b>Mediadores artístico-expressivos e interação social- Estudo com crianças com perturbação do espectro do autismo.</b>	CUASIEXPERIMENTAL (4 niños con TEA)	Terapia mediante mediadores artísticos y expresivos.	Se realiza terapia mediante materiales arteterapéuticos	Hay resultados positivos en la mejora de comunicación y relación interpersonal. Vínculo.	2	B

NE: Nivel de Evidencia según el Joanna Briggs Institute (JBI)  
GR: Grado de recomendación según el JBI.

## DISCUSIÓN

El propósito de este estudio fue analizar la efectividad de las intervenciones de arteterapia, basadas en las artes plásticas, aplicadas a niños con TEA. Por este motivo se han recopilado 6 artículos que abordan el tema. Estos se han catalogado como estudios cuasiexperimentales, ya que carecían de grupo control y/o los conjuntos estudiados y comparados diferían en sus características. Así, en conjunto, los resultados se corresponden con un nivel de evidencia 2 según el *Joanna Briggs Institute* y un grado de recomendación B<sup>34</sup>. Este denota un nivel de evidencia medio con un grado de recomendación débil. Sin embargo, en todos los estudios se han hallado resultados positivos y deseables en la mejora de alguna de las áreas afectadas, ya sea en la interacción social recíproca (incluyendo la conducta o comportamiento), en las deficiencias de comunicación y habilidad imaginativa o el repertorio limitado de actividades e intereses. Las pruebas estadísticas que se han usado han mostrado diferencias significativas a considerar, aunque las diferencias presentes entre los grupos comparados no permiten verificar que la calidad de éstas sea elevada, ya que los estudios pueden haberse visto influenciados por otros factores o variables. Una de las características que tienen muchos de los estudios seleccionados es que los participantes se han agrupado según edad cronológica, edad mental y diagnóstico patológico. Este factor adquiere importancia en el hecho de que, como afirma Recio<sup>13</sup> en uno de sus estudios, al analizar el resultado arteterapéutico hay que tener en cuenta la capacidad madurativa (edad mental), la edad (cronológica) y la capacidad cognitiva, por lo que se entiende que estas características han sido contempladas. Aunque no pueda determinarse la calidad, el hecho de que en dos de los estudios se hayan incluido ciegos, ya sea en la muestra o en los evaluadores, incrementa la validez de los resultados obtenidos y por tanto su evidencia y fiabilidad.

Dentro de las artes existen múltiples categorías en función de la intervención que se lleva a cabo. Ante el gran abanico de posibilidades, esta revisión se ha centrado en el uso de las artes plásticas y en las ventajas que estas ofrecen. La pintura ofrece sensaciones que se traducen en emociones y el dibujo estimula la capacidad ordenadora del niño<sup>13,21</sup>. Desde este punto de vista, esta capacidad podría estar relacionada con el comportamiento interno y externo del niño; como muestra

Epp<sup>29</sup> en su estudio dónde a través del dibujo y la terapia grupal hubo mejoras en el comportamiento interno e hiperactividad de los participantes. A través de la orientación visual plasmada en los dibujos, los niños con autismo son capaces de ordenar las sensaciones de su percepción con el entorno. Esto permite que haya una mejoría en las conductas y por tanto mantengan un mayor interés y adherencia a la actividad.

En todos los estudios se entiende que el material empleado es el medio de comunicación y relación entre el terapeuta y el paciente y por tanto colabora en la creación del vínculo<sup>8,13,16,19</sup>. Este hecho hace que se aumente el compromiso con el terapeuta y por ende con la actividad. Para mantener esta relación, la elección por parte de los niños de materiales a usar y/o de las características que tendrá la intervención puede ser una buena opción, como demuestran Lough et al<sup>32</sup> en su estudio. Esto también queda reflejado en el estudio de Martin y Lawrence<sup>28</sup> donde el 64% de los niños con autismo frente 24% de los niños con desarrollo típico escogieron realizar el dibujo libre expresivo (que no era de realización obligatoria), el cual fue usado como un método de expresión de vivencias, intereses y sentimientos, entendiendo la actividad como un método comunicativo con el terapeuta. Además la creación y manutención del vínculo también aumenta la reciprocidad social del niño en el contacto con los demás<sup>33</sup>.

Otro aspecto que forma parte de la visión holística que envuelve el paciente, es la inclusión de la familia en el tratamiento del niño. Con respecto a esto no se han encontrado estudios de arteterapia con evidencia en los que la familia adquiera un papel activo. Ciertamente es que en los estudios se da a entender que las mejorías también deberían estar presentes en el domicilio con el entorno familiar pero solo en uno de los estudios<sup>29</sup> hay intervención directa de la familia y los profesores que evalúan a los niños mediante la escala *Social Skills Rating System* antes y después del tratamiento. Aún así es un papel secundario ya que la terapia familiar se entiende como la participación de ambos en una misma actividad para potenciar el vínculo entre ellos, y mejorar su calidad de vida tanto en el contacto fuera del domicilio como en la convivencia en el entorno residencial.

Finalmente, y no por ello menos importante, a pesar de que enfermería tiene las competencias necesarias y está capacitada para llevar a cabo intervenciones de

arteterapia, no se han encontrado estudios donde este tipo de terapia con niños diagnosticados de TEA fueran llevadas a cabo por enfermeros/as. Si que se han identificado, aunque no en la selección de los resultados, ámbitos donde sí se desarrollan estas actividades de arteterapia con la finalidad de ayudar a los pacientes a comunicar y expresar sus sentimientos en relación a un estado de salud. Estos ámbitos son en unidades de hospitalización de niños, en psicooncología y en los cuidados paliativos; no hay referencia alguna de que usen el arteterapia con niños autistas. Sin embargo, enfermería tiene las competencias de cuidar al paciente mejorando su calidad de vida en la medida de lo posible y adquiere una función educadora muy importante que se da en todos los ámbitos en los que trabaja. También se demuestra que enfermería está capacitada para participar en estas actividades con la inclusión del terapia artística en la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)<sup>35</sup>. Donde se define como “Facilitación de la comunicación por medio de los dibujos u otras formas de arte”. Además existe la figura de la enfermera de salud mental que realiza varias funciones como: facilitar la comunicación del paciente con su núcleo familiar y social, realizar y/o participar en terapias individuales y grupales, planificar y realizar actividades socioterapéuticas y de educación para la salud, entre muchas otras<sup>36</sup>. Funciones que se adecuan al objeto estudiado, y que perfectamente los profesionales de Enfermería podrían llevar a cabo.

### Limitaciones

En el marco de las limitaciones encontradas durante la realización del estudio, la principal hace referencia a la barrera idiomática. Durante la búsqueda el idioma de elección fue el inglés, para así encontrar resultados a nivel internacional y dar más validez al estudio. Puesto que esta lengua no es nuestro idioma nativo y que el lenguaje científico tiende a los tecnicismos, hemos encontrado ciertas dificultades en el análisis y comprensión de los artículos. También observamos que el término arteterapia no solamente engloba las artes plásticas sino que incluye otras modalidades como teatro, danza, música... Se ha detectado que sobre estas últimas, en comparación, se han realizado más estudios.

Otro aspecto a destacar es que a pesar de que los efectos del arteterapia en niños autistas ya se estudiaban en el siglo XX, actualmente hay una aparente disminución de estudios con base científica como los ensayos clínicos, por lo que ha sido difícil encontrar un buen nivel de evidencia actualizado; ya que muchas de las investigaciones se basan en la experiencia del profesional o en estudios de casos que no permiten la generalización de resultados.

## CONCLUSIONES

El arteterapia engloba una amplia gama de actividades, dentro de las cuales están las basadas en las artes plásticas. Esta terapia tiene como finalidad optimizar la calidad de vida a través de la mejora de las habilidades comunicativas y sociales, para que el niño con autismo encuentre un método de relacionarse consigo mismo y con su entorno ya sea físico o personal. Sin embargo debe concebirse como terapia coadyuvante a otros tratamientos para así incidir en todas las áreas afectadas desde un punto de vista holístico. De este modo se intenta mejorar la calidad de vida en todas las esferas que influyen en el paciente pediátrico.

Hay que destacar que no solo es una terapia que se desarrolle en la infancia sino que puede realizarse a cualquier edad. Sin embargo la atención precoz en niños con TEA es un factor importante para poder ayudar a su desarrollo. También, dichas terapias deben adaptarse a las necesidades de cada individuo, y modificarse (tanto en los materiales usados como en el tipo de arte) para que sea interesante y así motivar su compromiso con el terapeuta y la intervención. Así mismo, es necesario que para que esta técnica se convierta en una herramienta útil, las sesiones y los cambios se realicen de forma progresiva y gradual. Primero habría que empezar con intervenciones individuales para iniciar la toma de contacto paciente-terapeuta para crear un vínculo entre ellos, que fomente un entorno de confianza y así facilitar la expresión de sentimientos, emociones y/o preocupaciones de forma más fluida. Un mayor grado de relación entre el usuario y el profesional, se puede conseguir con una participación activa de éste último. Posteriormente y si se considera adecuado, podrá incluirse la terapia grupal para potenciar la interrelación y la actividad recíproca entre individuos de sus mismas

o parecidas características. Es importante que para la formación de los grupos de terapia, tanto de arteterapia como de otras, se agrupen a los pacientes por características similares como la edad mental, cronológica y grado de autismo ya que según el estadio en el que se encuentren la sintomatología y el desarrollo de las capacidades es muy variable.

Otro aspecto de gran importancia es que la familia es un punto de apoyo que adquiere gran importancia cuando se trata con niños con TEA. Por este motivo sería necesario y gratificante incluir, cuando se considere oportuno, a la familia en las sesiones arteterapéuticas para crear una relación terapéutica vinculatoria entre todos los miembros y así mejorar la relación paternofilial. Así también se crea una forma en la que tanto los niños, como el terapeuta, como los familiares aprendan, observen y se expresen los unos con los otros creando una red de comunicación interpersonal que sea comprensible por todos.

Para futuras investigaciones sería conveniente realizar más estudios experimentales con grupo control, con autistas que tengan características similares y que aporten una buena evidencia sobre su efectividad. También debería potenciarse el uso de esta terapia por parte de enfermería ya que es una técnica sencilla, económica y con la que se puede establecer una comunicación y relación de proximidad con los pacientes.

Según lo observado en la literatura encontrada, son variadas las ramas de la salud que pueden desarrollar este tipo de terapia. Entre ellas encontramos la psicología, la terapia ocupacional, la educación de niños con necesidades especiales... Aunque no se hayan encontrado estudios que expliquen que enfermería lleva a cabo éste tipo de intervención a nivel de autismo, con su preparación y competencias podría desarrollar este rol. Una de las características y funciones de la enfermería es cuidar al paciente y para ello es imprescindible la comunicación, por lo que el arteterapia puede ser una buena herramienta no solo en niños con TEA sino también en otros ámbitos de salud mental, en geriatría, oncología... es decir, en cualquier ámbito donde la expresión de sentimientos se ve disminuida o influenciada por algún factor estresante o estado de enfermedad. Por tanto se puede considerar un buen método de comunicación, expresión y relación personal,

aspectos que son imprescindibles en nuestra profesión y que nos beneficiarían y apoyarían en el cuidado de la persona.

Para poder potenciar el papel de enfermería en este ámbito consideramos que primero es necesario hallar resultados que avalen qué nivel de competencia tienen los profesionales de enfermería para llevar a cabo este tipo de terapia, profundizar en qué medida es necesaria una formación específica por parte de estos profesionales, conocer las competencias que tiene enfermería y otros profesionales que ya llevan a cabo esta técnica para así justificar si existe o no una incursión de competencias i por último valorar la o las técnicas más adecuadas a llevar a cabo, según el tipo de paciente con el que se trate.

### **AGRADECIMIENTOS**

Nuestros agradecimientos van dirigidos al Centro Educativo y terapéutico Carrilet de Barcelona por permitirnos visitar sus instalaciones y ver las actividades que realizan así como proporcionarnos información sobre el tema. También agradecer a todos aquellos autores, con los que nos pusimos en contacto, por proporcionarnos sus estudios sin los cuales este trabajo no habría sido posible.



## BIBLIOGRAFIA

1. Kanner L. Autistic disturbances of affective contact. *Nerv Child*. 1943; 2: 217-50.
2. Wing L. Autistic spectrum Disorders. *BMJ*. 1996; 312(7027): 327-28.
3. Gloffka G. El niño con autismo: Rehabilitación integral desde una mirada integrativa. *Actualizaciones en psicoterapia integrativa*. 2010; 2: 89-119.
4. Fernández MI. Creatividad, arte terapia y autismo. Un acercamiento a la actividad Plástica como proceso creativo en niños autistas. *Arte, individuo y sociedad*. 2003; 15: 135-52.
5. Fortea MdS, Escandell MO, Castro JJ. Aumento de la prevalencia de los trastornos del espectro autista: una revisión teórica. *INFAD Revista de Psicología*. 2013; 1(1): 746-68.
6. Fortea MdS, Escandell MO, Castro JM. ¿Cuántas personas con autismo hay? Una revisión teórica. *INFAD Revista de Psicología*. 2013; 1(1): 769-86.
7. World Health Organization (WHO). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Página web. [Consultado el 15-12-2013]. Disponible en: <http://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf>
8. Martínez N. Investigaciones en curso sobre arteterapia en la Universidad Complutense de Madrid. *Arteterapia - Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*. 2006; 1: 45-67.
9. Association AP. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4ª ed. Washington DC: Masson; 2000.
10. Mulas F, Ros-Cervera G, Millá MG, Etchepareborda MC, Abad L, Tállez de Meneses M. Modelos de intervención en niños con autismo. *Revista de Neurología*. 2010; 50(Supl 3): S77-S84.

11. American Art Therapy Association (AATA). Art therapy: Definition of the Profession. Página web. [Consultado el 17-12-2013]. Disponible en: <http://www.americanarttherapyassociation.org/aata-history-background.html>
12. Klein J-P. La creación como proceso de transformación. *Arteterapia - Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*. 2006; 1: 11-8.
13. Recio M. Artteràpia en infants amb trastorns de l'espectre autista. *Desenvolupament infantil i atenció precoç*. 2013(34): 1-22.
14. Dubuffet, J. Escritos sobre arte. Carta a Gaston Chaissac, martes 24 de junio de 1947, 1ª ed. Barcelona: Barral editores; 2004.
15. Bassols M. El arteterapia, un acompañamiento en la creación y la transformación. *Arteterapia - Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*. 2006; 1: 19-25.
16. Vasconcellos EA, Giglio JS. Introduction of art in psychotherapy: clinical and hospital approaches. *Estudios de Psicología*. 2007; 24(3): 375-83.
17. Malpica MJ. Arteterapia en Enfermería: un camino para la innovación. *Hygia*. 2006; (64): 3.
18. Valladares ACA, Silva MT. A arteterapia e a promoção do desenvolvimento infantil no contexto da hospitalização. *Rev Gaúcha Enferm*. 2011; 32(3): 443-50.
19. Freire N, Ronaldo F, Costa MM. Arteterapia como dispositivo terapéutico em saúde mental. *Acta Paul Enferm*. 2010; 23(6): 859-62.
20. López MD. Técnicas, materiales y recursos utilizados en los procesos arteterapéuticos. *Arteterapia - Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*. 2011; 6: 183-91.

21. Valladares ACA. A arteterapia e a reabilitação psicossocial das pessoas em sofrimento psíquico. En: Valladares ACA, organizadora. Arteterapia no novo paradigma de atenção em saúde mental. São Paulo: Vetor; 2004. p. 11-3.
22. Valladares AC, Carvalho AMP. El dibujo del hospital en la visión del arteterapia en los ingresos pediátricos. *Enfermería Global*. 2006; (9): 1-13.
23. Duarte G SM. 10 pasos para realizar una revisión sistemática. Vayamos paso a paso. En: Evidencias para unos cuidados seguros. V Reunión internacional sobre Enfermería Basada en la Evidencia. Granada, INDEX 2008. p. 26.
24. Urrútia G, Bonfill X. Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Med Clin (Barc)*. 2010; 135(11): 507-11.
25. Sackett D, Richarson V, Rosemberg W, RB. H. Medicina basada en la evidencia: Como practicar y enseñar MBE. York: Curchill Livingston; 1997.
26. Mamédio da Costa C, Andrucio de Mattos C, Cuce M. Estrategia PICO para la construcción de la pregunta de investigación y la búsqueda de evidencias. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2007; 15(3).
27. The Joanna Briggs Institute (JBI). Level of evidence. Página web. [Consultado: 17-02-2014]. Disponible en: <http://joannabriggs.org/jbi-approach.html#tabbed-nav=Levels-of-Evidence>
28. Martin N, Lawrence KS. Assessing Portrait Drawing Created by Children and Adolescents With Autism Spectrum Disorder. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*. 2008; 25(1): 15-23.
29. Epp KM. Outcome-Based Evaluation of a Social Skills Program Using Art Therapy and Group Therapy for Children on the Autism Spectrum. *Children & Schools*. 2008; 30(1): 27-34.

30. Jolley RP, O'Kelly R, Barlow CM, Jarrold C. Expressive drawing ability in children with autism. *British Journal of Developmental Psychology*. 2013; 31(Pt1): 143-9.
31. Lee A, Hobson RP. Drawing self and others: How do children with autism differ from those with learning difficulties? *British Journal of Developmental Psychology*. 2006; 24(3): 547-65.
32. Lough CL, Rice MS, Lough LG. Choice as a Strategy to Enhance Engagement in a Colouring Task in Children with Autism Spectrum Disorders. *Occup. Ther. Int.* 2012; 19(4): 204-11.
33. Simões M, Santos GD. Mediadores artístico-expressivos e interacção social- Estudo com crianças com perturbação do espectro do autismo. *International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD Revista de Psicología*. 2011; 1(1): 369-78.
34. The Joanna Briggs Institute (JBI). Grades of recommendation. Página web. [Consultado: 17-02-2014]. Disponible en: <http://joannabriggs.org/jbi-approach.html#tabbed-nav=Grades-of-Recommendation>
35. McCloskey J, Burlechek GM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), 4ª ed. Madrid: Elsevier; 2005.
36. Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental (AESM). Perfil profesional de la Enfermera de Salud Mental. Página web. [Consultado el: 20-03-2014]. Disponible en: <http://www.anesm.eu/previa/smental/perfil-comunic.htm>

## ANEXO 1

### **Criterios para el diagnóstico de F84.0 Trastorno autista [299.00]**

A. Un total de 6 (o más) ítems de (1), (2) y (3), con por lo menos dos de (1), y uno de (2) y de (3):

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

(a) importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales, como son contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social

(b) incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros adecuadas al nivel de desarrollo

(c) ausencia de la tendencia espontánea para compartir con otras personas disfrutes, intereses y objetivos (p. ej., no mostrar, traer o señalar objetos de interés)

(d) falta de reciprocidad social o emocional

(2) alteración cualitativa de la comunicación manifestada al menos por dos de las siguientes características:

(a) 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)

(b) en sujetos con un habla adecuada, alteración importante de la capacidad para iniciar o mantener una conversación con otros

(c) utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje o lenguaje idiosincrásico

(d) ausencia de juego realista espontáneo, variado, o de juego imitativo social propio del nivel de desarrollo

(3) patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos, repetitivos y estereotipados, manifestados por lo menos mediante una de las siguientes características:

(a) preocupación absorbente por uno o más patrones estereotipados y restrictivos de interés que resulta anormal, sea en su intensidad, sea en su objetivo

(b) adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales

(c) manierismos motores estereotipados y repetitivos (p. ej., sacudir o girar las manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo)

(d) preocupación persistente por partes de objetos

B. Retraso o funcionamiento anormal en por lo menos una de las siguientes áreas, que aparece antes de los 3 años de edad: (1) interacción social, (2) lenguaje utilizado en la comunicación social o (3) juego simbólico o imaginativo.

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

## ANEXO 2

# CHAT (CHecklist for Autism in Toddlers) LCAN (Lista de Comprobación para el Autismo en Niños)

Debe ser llenada en la visita de los 18 meses

Nombre de paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Número del informe Médico: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

### Sección A: Debe ser llenado por un padre

1. A su nu niño le gusta que lo columpien, rebotar en su rodilla, etc?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
2. Su niño muestra interes en otros niños?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
3. A su niño le gusta subir en cosas, como escaleras?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
4. A su niño le gusta jugar al mira y escondete/ escondete y busca?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
5. Su niño algunas veces se imagina, por ejemplo aser una taza de té usando una taza y tetera de jugar o imaginar otras cocas?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
6. Su niño alguna vez usa su dedo índice para señalar, par pedir algo?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
7. Su niño alguna vez usa su dedo índice para señalar, para indicar INTERES en algo.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
8. Su niño puede jugar apropiadamente con jugetes pequeños (e.g. carros o ladrillos) sin meterse los en la boca, jugarlos, o dejarlos caer?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
9. Su niño alguna vez le trae objetos para usted (padre) para DEMOSTRARLE algo?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

### Sección B: Doctor general o visitante observación de la salud

1. Durante la cita, el niño ah echo contacto de ojos con usted?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
2. Tome la atención del niño, luego apunte al otro lado del cuarto a algo interesante y diga, ‘ o mira! hay esta (nombre de un juguete) Mire la cara del niño. El niño se fija al otro lado del cuarto para ver ah que esta apuntando?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
3. Tome la atención del niño, y dele al niño una taza miniatura de te y tetera y diga ‘me puedes aser una taza de te?’ El niñe finga echar te en la taza y beberse lo, etc?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
4. Digale al niño ‘ donde esta la luz?’, o ‘enseñame la luz’. el niño apunta con su dedo indice a la luz?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
5. Puede el niño edificar una torre de ladrillos. ( si puede, Cuantos _____ )	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

B2: Para registrar Sí en este artículo, asegure que el niño no simplemente mira su mano pero que actualmente esta mirando al objeto que usted le esta apuntando.

B3: Sí usted puede ilícitar un fingimiento en otro juego, anote un Sí en este artículo.

B4: Repita esto con “donde esta el osito”? U otro objeto que esta afuera de su alcance, Sí el niño no entiende la palabra luz. Para registrar Sí en este artículo, el niño tiene que ver visto haci a tu cara al tiempo que usted apunto.

### **Artículos dominantes de LCAN Sección A**

A5: Fingir jugar

A7: El señalar protodeclarativo

### **Sección B**

B2: Seguiendo un punto

B3: Fingimiento

B4: Producir un punto

### **LCAN Artículos no-dominantes Sección A**

A1: Jugar áspero y caerse

A2: Intereses social

A3: Desarrollo de motor

A4: Juego social

A6: El señalar protoimperativo

A8: Juego fucional

A9: Demostrando

### **Sección B**

B1: Contacto Visual

B2: Torre de ladrillos

### **Asignación del riesgo**

De riesgo alto para el grupo del autismo	Fallar ( ninguna respuesta) A5,A7,B2,B3,B4
Riesgo medio para el grupo del autismo	Fallar A7,B4 ( pero no en el grupo de alto riesgo )
Riesgo bajo para el grupo del autismo	No esta en otros grupos de riesgo



## **Recomendaciones de Manejo:**

- Grupo de alto riesgo**      Refirir a la clínica de desarrollo así como DSE (Departamento de Servicios Educativos).
- Grupo de riesgo medio:**      Alta suspicacia - Se refiere como arriba Baja. suspicacia - Volver a probar en un mes.
- Grupo de bajo riesgo:**      Si no hay NINGUNA respuesta, Volver a probar en un mes.

### ANEXO 3

#### M-CHAT

Please fill out the following about how your child **usually** is. Please try to answer every question. If the behavior is rare (e.g., you've seen it once or twice), please answer as if the child does not do it.

1. Does your child enjoy being swung, bounced on your knee, etc.? Yes No
2. Does your child take an interest in other children? Yes No
3. Does your child like climbing on things, such as up stairs? Yes No
4. Does your child enjoy playing peek-a-boo/hide-and-seek? Yes No
5. Does your child ever pretend, for example, to talk on the phone or take care of dolls, or pretend other things? Yes No
6. Does your child ever use his/her index finger to point, to ask for something? Yes No
7. Does your child ever use his/her index finger to point, to indicate interest in something? Yes No
8. Can your child play properly with small toys (e.g. cars or bricks) without just mouthing, fiddling, or dropping them? Yes No
9. Does your child ever bring objects over to you (parent) to show you something? Yes No
10. Does your child look you in the eye for more than a second or two? Yes No
11. Does your child ever seem oversensitive to noise? (e.g., plugging ears) Yes No
12. Does your child smile in response to your face or your smile? Yes No
13. Does your child imitate you? (e.g., you make a face-will your child imitate it?) Yes No
14. Does your child respond to his/her name when you call? Yes No
15. If you point at a toy across the room, does your child look at it? Yes No
16. Does your child walk? Yes No
17. Does your child look at things you are looking at? Yes No
18. Does your child make unusual finger movements near his/her face? Yes No
19. Does your child try to attract your attention to his/her own activity? Yes No

20. Have you ever wondered if your child is deaf? Yes No
21. Does your child understand what people say? Yes No
22. Does your child sometimes stare at nothing or wander with no purpose?  
Yes No
23. Does your child look at your face to check your reaction when faced with something unfamiliar? Yes No

© 1999 Diana Robins, Deborah Fein, & Marianne Barton

## ANEXO 4

### CARS (CHILDHOOD AUTISM RATING SCALE)

Esta escala se trata de una escala de apreciación conductual destinada al diagnóstico y a la planificación del tratamiento de personas con autismo. Consta de 15 ítems referentes a cada uno de los ámbitos conductuales propios de la patología autista, tales como trastornos en las relaciones interpersonales, imitación, afecto inapropiado, resistencia al cambio, etc. El fundamento teórico de esta escala parte de los criterios diagnósticos de Kanner (1943), Creak (1961) y Rutter (19878). El propósito de la escala es identificar a las personas autistas y diferenciarlas de aquellas otras que, padeciendo un retraso en el desarrollo, no manifiestan tales síntomas autistas. Este instrumento permite también clasificar a los autistas en diversos grados de severidad de la patología autista: medio-moderado y severo.

Cada ítem se puntúa a lo largo de un continuum desde normal a gravemente anormal y/o inapropiado.

1. indica que la conducta evaluada está dentro de los límites propios de la edad del paciente;
  2. indica una conducta medianamente anormal y/o inapropiada;
  3. moderadamente anormal;
  4. refleja una conducta severamente anormal e inapropiada.
- Las puntuaciones intermedias (p.ej. 2.5) se seleccionan cuando la conducta aparece en una posición intermedia a dos categorías.

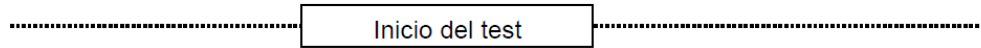
El rango de puntuación total puede oscilar entre 15 y 60 puntos:

1.  $P \geq 36$  indica un grado de autismo severo;
2. Entre 30 y 36 indican autismo moderado
3. Entre 15 y 30 reflejan ausencia del síndrome autista (Schopler, Reichler & Renner, 1988).

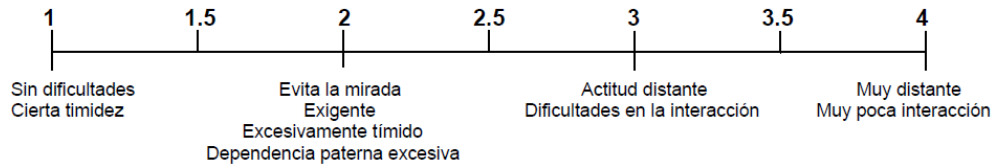
Normas de aplicación:

- El test consta de 15 ítems o áreas.
- Debe redondearse la opción que describa mejor el rendimiento de su hijo en esa área.

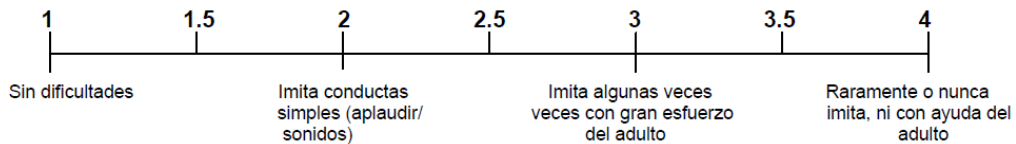
- Si cree que la mejor descripción de su hijo está entre dos puntuaciones, redondee la puntuación intermedia.



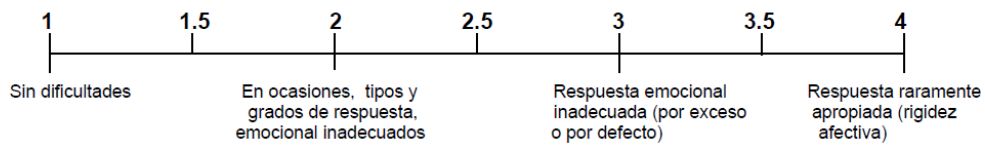
**I. Relación con los demás:**



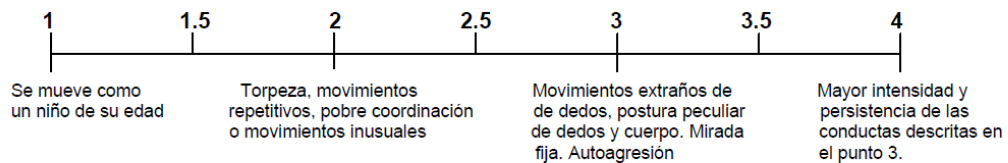
**II. Imitación:**



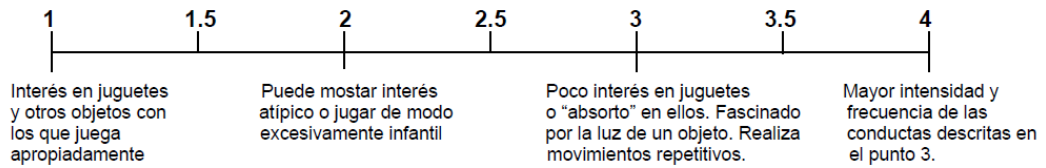
**III. Afecto:**



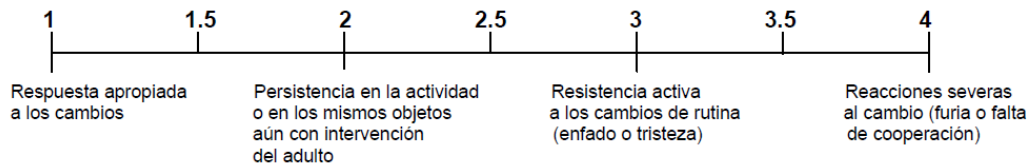
**IV. Uso del cuerpo:**



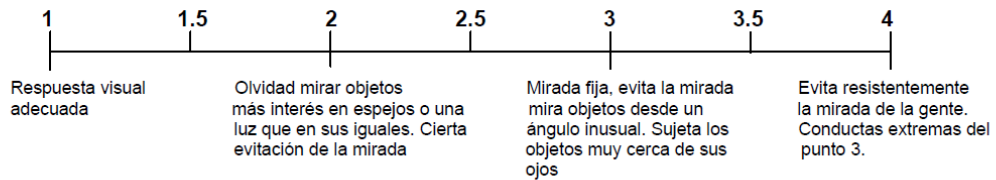
## V. Uso de objetos:



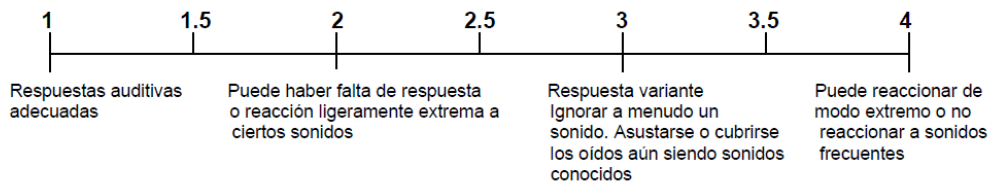
## VI. Adaptación al cambio:



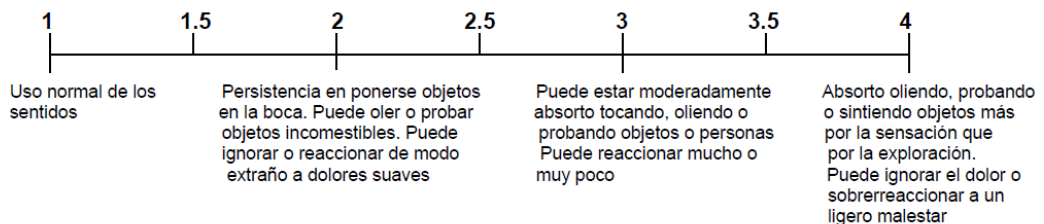
## VII. Respuesta visual:



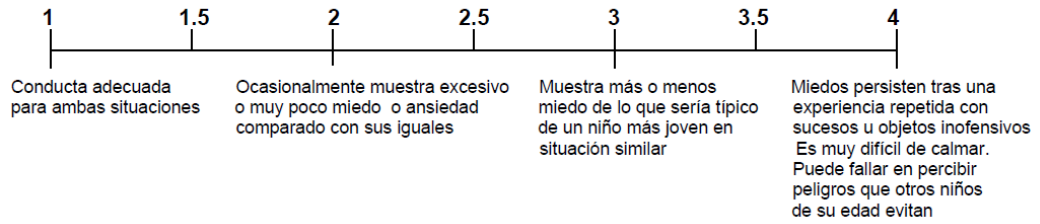
## VIII. Respuesta auditiva:



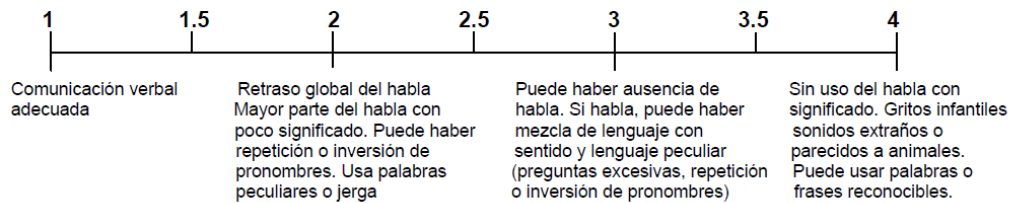
## IX. Gusto, olfato y uso y respuesta táctil:



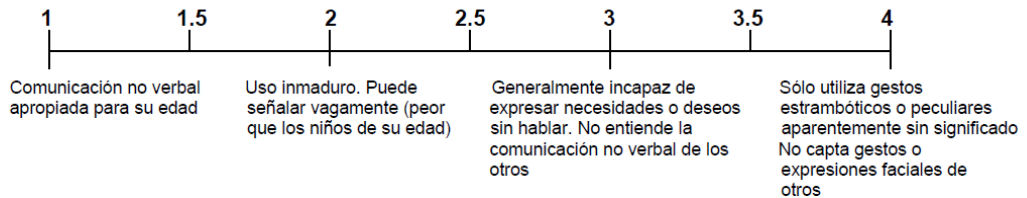
#### X. Ansiedad y miedo:



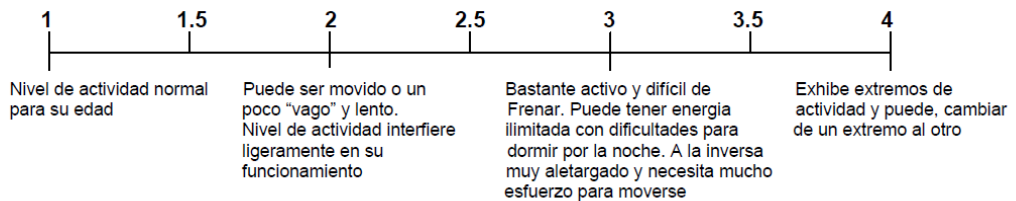
#### XI. Comunicación verbal:



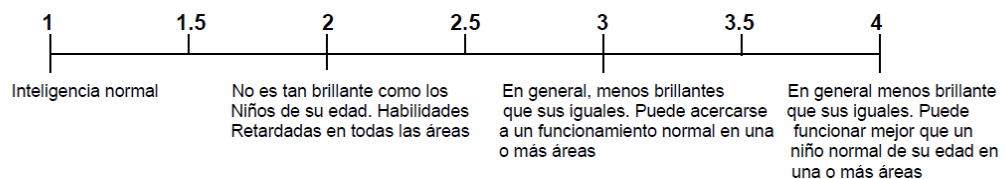
#### XII. Comunicación no verbal:



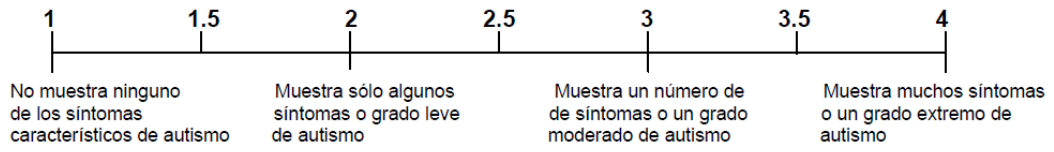
#### XIII. Nivel de actividad:



#### XIV. Nivel y consistencia de la respuesta intelectual:



**XV. Impresiones generales:**





## ANEXO 5

### Autism Behavior Checklist

From Krug, Arick, and Almond (1978)

Patient \_\_\_\_\_ Birth Date: \_\_\_\_\_

Examiner \_\_\_\_\_ Test Date \_\_\_\_\_

Circle the number for those items most accurately describing the child:

1	Whirls self for long periods of time			4		
2	Learns a simple task but "forgets" quickly					2
3	Frequently does not attend to social/environmental cues		4			
4	Does not follow simple commands (sit down, come here, stand up) given once				1	
5	Does not use toys appropriately (spins wheels, etc.)			2		
6	Poor use of visual discrimination when learning (fixates on parts of objects such as size, color, position...)	2				
7	Lacks a social smile (may smile out-of-context)		2			
8	Exhibits pronoun reversal (you for I...)				3	
9	Insists on keeping certain objects with him/herself			3		
10	Seems not to hear (despite normal hearing tests)	3				
11	Speech is atonal and arrhythmic				4	
12	Rocks self for long periods of time			4		
13	Does not (or did not as a baby) reach out when reached for		2			
14	Strong reactions to minor changes in routine/environment					3
15	Does not respond to own name when called out among two or more other names				2	
16	Lunges and darts about, interrupted by spinning, toe walking, hand flapping...			4		
17	Not responsive to other people's facial expressions or feelings		3			
18	Seldom uses "yes" or "I"				2	
19	Has special abilities in one area – seems to rule out mental retardation					4
20	Does not follow simple prepositional commands (e.g., "put the ball <i>in</i> the box")				1	
21	Sometimes shows no "startle response" to a loud noise	3				
22	Flaps hands (or other self-stimulating behavior)			4		
23	Severe temper tantrums and/or frequent minor tantrums					3
24	Actively avoids eye contact		4			
25	Resists being touched or held		4			
26	Sometimes, painful stimuli (cuts, injections, bruises) evoke no reaction	3				
27	Is (or was as a baby) stiff and hard to hold		3			
28	Is flaccid (doesn't cling) when held in arms		2			
29	Gets desired objects by gesturing				2	
30	Walks on toes			2		
31	Hurts others by biting, hitting, kicking...					2
32	Repeats phrases over and over again				3	
33	Does not imitate other children at play		3			
34	Often will not blink when a bright light is directed toward eyes	1				
35	Hurts self by biting hand, banging head...			2		
36	Does not wait for needs to be met (wants things immediately)					2
37	Cannot point to more than five named objects				1	

38	Has not developed any friendships		4			
39	Covers ears at many sounds	4				
40	Twirls, spins, and bangs objects a lot			4		
41	Difficulties with toilet training					1
42	Uses 5 or less words per day spontaneously to communicate wants or needs				2	
43	Often frightened or very anxious		3			
44	Squints, frowns, or covers eyes when in the presence of natural light	3				
45	Does not dress self without frequent help					1
46	Repeats sounds or word over and over again				3	
47	"Looks through" people		4			
48	Echoes questions or statements made by other people				4	
49	Frequently unaware of surroundings and may be oblivious to dangerous situations					2
50	Prefers to manipulate and be occupied with inanimate objects					4
51	Will feel, smell, or taste objects in the environment			3		
52	Frequently has no visual reaction to a "new" person	3				
53	Gets involved in complicated "rituals" such as lining things up...			4		
54	Is very destructive (toys and household items are quickly broken)			2		
55	A developmental delay was identified at or before 30 months of age					1
56	Uses at least 15 but less than 30 spontaneous phrases daily to communicate				3	
57	Stares into space for long periods of time		4			
	<b>Totals:</b>					

**Overall Total:** \_\_\_\_\_

**Comments:**