

Trabajo de Fin de Grado

Arteterapia y Autismo:

El arteterapia como método de trabajo en el
autismo infantil.

Art Therapy and Autism:

Art therapy as a working method in
children autism.

Autor/a

Laura Pasamar Lasheras

Director/a

Ana Moreno Pueyo

Facultad de Ciencias Humanas y de la Educación. Huesca.

Año 2020.

...El arte nos acompaña en un viaje hacia adentro, hacia nuestras sensaciones, emociones...poniéndonos en contacto con nosotros mismos y con nuestra historia vital de un modo bastante directo. También el arte puede acompañarnos en el viaje hacia fuera en la expansión, como forma de expresión y transformación creativa.

Ana Moreno; Carmen Montore

ÍNDICE:

1. INTRODUCCIÓN	6
2. JUSTIFICACIÓN	6
3. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA. ¿QUÉ ES EL AUTISMO?	7-24
3.1. Concepto y evolución histórica	7-9
3.2. Épocas de investigación	9-10
3.3. Etiología	10-12
3.4. DSMV y CIE10	13-17
3.5. Detección y diagnóstico en el aula	18-19
3.6. Instrumentos para la evaluación del TEA	20-22
3.7. Derivación	23-24
4. CONCEPTO Y EVOLUCIÓN DEL ARTETERAPIA	25-28
4.1. Introducción	25
4.2. Concepto	25
4.3. Historia	26-27
4.4. Objetivos	27
4.5. Beneficios de las terapias expresivas en la infancia	27-28
5. ARTETERAPIA EN EL ÁMBITO EDUCATIVO	28-38
5.1. Características	28-30
5.2. Beneficios	30
5.3. El juego y el dibujo	30-36
5.4. Aplicaciones del Arteterapia en el autismo infantil	37-38
6. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	39-63
6.1. Metodología	51
6.2. Objetivos	52

6.3. Contenidos	52
6.4. Sesiones	53-60
6.5. Temporalización	61
6.6. Evaluación	62-63
7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	64
8. BIBLIOGRAFÍA / WEBGRAFÍA	65-67
9. ANEXOS	68-81

RESUMEN:

El principal objeto de estudio, es el análisis del Trastorno del Espectro Autista y las posibilidades del Arteterapia aplicada en el ámbito educativo.

Se trata de una propuesta hipotética de intervención, centrada en mejorar las deficiencias del alumno con TEA, a través del juego y del dibujo infantil, técnicas usadas en Arteterapia.

Numerosos autores, Dissanayake (1988); Callejón (2003); Coll (2006); Moreno (2016), apoyan la necesidad de emplear la Arteterapia en el ámbito educativo, ya que éste tipo de método, es beneficioso para los niños con necesidades educativas especiales así como para el resto de los alumnos.

PALABRAS CLAVE:

Arteterapia, autismo, dibujo, juego.

ABSTRACT:

The main object of study, is the analysis of Autism Spectrum Disorder and the possibilities of art therapy applied in the educational field.

It is a hypothetical intervention proposal, focused on improving the student's deficiencies with autism, through play and children's drawing, techniques used in Art Therapy.

They are numerous authors, such as Dissanayake (1988); Callejón (2003); Coll (2006); Moreno (2016), who support the need to use art therapy in the educational field, since this type of method is beneficial for children with special educational needs as well as for the rest of the students.

KEY WORDS:

Art therapy, autism, drawing, play.

○ 1. INTRODUCCIÓN.

Este trabajo se lleva a cabo siguiendo las teorías de los principales autores que abordan el tema del autismo, la manera de detectarlo en el aula, los instrumentos necesarios para hacerlo posible y el proceso de elaboración del correspondiente diagnóstico y la derivación.

A lo largo del trabajo, se expone brevemente qué es el Arteterapia, y cómo llevarla a la práctica desde el punto de vista educativo, los beneficios que tiene utilizar ésta técnica dentro del ámbito de la educación infantil y especialmente con niños autistas. Todo ello, se lleva a cabo haciendo hincapié en el juego y el dibujo infantil, en las que nos apoyamos para planificar las sesiones realizadas con el alumno.

○ 2. JUSTIFICACIÓN.

La elección de este tema surge por la curiosidad que me despierta este tipo de trastorno y poder entender el enigma sobre su forma de actuar y de pensar. Los niños con este tipo de trastorno poseen una singularidad única. Por ello, se intenta generar herramientas de cambio para crear una sociedad inclusiva, con una perspectiva holística, mediante instrumentos y metodologías que proporcionen estrategias para llevar una vida más autónoma.

El Arteterapia aporta numerosos beneficios para el autismo infantil. En el arte no hay nada correcto o incorrecto, sino diferente y singular. Toda obra y proceso creador es único, y cada uno trasmite algo diferente. Además, el arte es una forma de comunicación distinta, a través de la cual los niños pueden expresar sus sentimientos y emociones.

Es fundamental conocer la importancia que tiene una correcta atención temprana, ya que los primeros años de vida son claves para el desarrollo integral del niño.

Por todo lo anterior, surge la necesidad de crear una propuesta de intervención en niños con TEA, centrada exclusivamente en un caso concreto de un niño de 6 años.

○ 3. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA. ¿QUÉ ES EL AUTISMO?

3.1. Concepto y evolución histórica.

El autismo es definido como un trastorno del neurodesarrollo, que se detecta generalmente antes de los 3 años de edad, afectando a lo largo de todo el ciclo vital, y presentando alteraciones en las relaciones sociales, la comunicación, el lenguaje, la inflexibilidad mental y la comportamental, variando cualitativamente de unas personas a otras (Barthélemy y cols., 2008).

El autismo es introducido en el campo de la psicopatología por el psiquiatra Bleuler (1911), que lo define como “un trastorno básico de la esquizofrenia que consiste en la limitación de las relaciones con las personas y con el mundo externo. Una limitación tan extrema que parece excluir todo lo que no sea del propio “yo” de la persona. Esta limitación podría describirse como una retirada por parte del paciente del mundo social para sumergirse en sí mismo. De ahí las palabras “autista” y “autismo”, que provienen del término griego *autos*, que significa “sí mismo”. (Citado en U. Frith, 1991, p. 30-31).

Más tarde, Leo Kanner y Hans Asperger teorizan sobre el término “autista”. Kanner realiza una publicación en 1943 y Asperger en 1944. Ambos están de acuerdo en que éste trastorno proviene del nacimiento, y da lugar a problemas significativos.

Kanner reconoce cuatro características aclaratorias del trastorno: incapacidad para establecer relaciones sociales, problemas en el desarrollo comunicativo y del lenguaje, y la necesidad de que las cosas sean permanentes. También destaca la aparición temprana del trastorno, que se manifiesta en los tres primeros años de vida.

Un estudio realizado por Lorna Wing y Judith Gould en 1979 en el cual la principal herramienta de estudio es la propia observación, culmina con la idea de que las personas con autismo presentan déficits en las tres áreas establecidas por Kanner y Asperger:

- Reciprocidad social.
- Comunicación verbal y no verbal.
- Capacidad simbólica e imaginativa.

Como podemos constatar en las investigaciones de Frith (1991), “se trata de un trastorno que afecta a todo el desarrollo mental, es natural que sus síntomas se manifiesten de formas muy diversas en las distintas edades” (p. 23).

Kanner comenta sus características comunes y especiales que se refieren a tres aspectos:

- Las relaciones sociales: incapacidad para establecer relaciones sociales con las personas de su alrededor y las situaciones, ya que tienen una falta de interés social.
- La comunicación y el lenguaje: la comunicación consiste en comunicarse a través de gestos y de expresiones faciales, y ellos tienen dificultades en ambas. La utilización del lenguaje es limitada, les cuesta expresar sentimientos, emociones y pensamientos y muchas veces se limitan a repetir las emisiones que oyen.
Hacen un uso extraño del lenguaje, como si no fuera una herramienta para percibir y transmitir mensajes significativos.
- Inflexibilidad y rígida unión a rutinas: la conducta está gobernada por un deseo obsesivo por mantener la igualdad. Se oponen al cambio y sienten oposición por la novedad.

Hacia 1988, Wing incorpora el concepto del Trastorno del Espectro Autista y crea la triada de Wing:



Figura 1. Triada de Wing.

La triada de Wing, reconoce una serie de dificultades que se agrupan en 3 apartados:

Área social: muestran dificultades en las relaciones sociales e interacciones.

Siguiendo a Attwood (2002) “capacidad limitada para mantener una conversación recíproca y un interés intenso en un tema particular”. Carecen de empatía y tienen inconvenientes para identificar sus sentimientos, teniendo reacciones emocionales dispares. La ausencia de expresión facial, gesticulación limitada y la deficiente interpretación del lenguaje, aumentan la dificultad para comunicarse.

Área comunicativa: disminución en la comunicación verbal y no verbal. En ocasiones, utilizan un lenguaje hablado que puede resultar extraño.

Área psicomotora: carecen de una buena coordinación motriz, sobre todo en motricidad fina. Poseen movimientos repetitivos y estereotipados.

3.2. Épocas de investigación.

Uno de los autores que más ha profundizado en el autismo, Rivière (1996), realiza un estudio sobre las principales épocas por las que pasa el autismo:

- La primera época de estudio del autismo: 1943-1963. El autismo es un trastorno emocional producido por factores emocionales o efectivos indebidos en la relación del niño con las figuras de crianza. Debido a estas circunstancias, la personalidad del niño es imposible formarse o es alterada.

De este modo, las familias son incapaces de proporcionar el afecto necesario para la crianza de los hijos, produciendo una alteración grave en el desarrollo de los niños, que de otra manera, hubieran tenido un desarrollo normal y que posiblemente poseen una mayor inteligencia de lo que parece, pero no pueden expresarla por su perturbación emocional.

- La segunda época: 1963-1983: En la primera mitad de los años sesenta, se asocia el autismo con trastornos neurobiológicos. Este proceso coincide con la representación de modelos explicativos del autismo que se basan en la hipótesis de que existe alguna clase de alteración cognitiva que explica las dificultades de relación, lenguaje, comunicación y flexibilidad mental.

Los nuevos modelos del autismo se basan en investigaciones empíricas rigurosas y controladas.

Por otro lado, en los años sesenta, setenta y ochenta, la educación se convierte en el tratamiento primordial del autismo.

- El enfoque actual: el cambio principal en el enfoque general del autismo se basa en su consideración desde una perspectiva evolutiva, como un trastorno del desarrollo.

En los últimos años, se convierte en un tema central de investigación en psicología evolutiva, no solo en psicopatología.

Se producen cambios importantes en las explicaciones del autismo: son sustituidos los modelos inespecíficos por teorías rigurosas y fundamentadas en datos. Por ejemplo, en 1985, Baron-Cohen, Leslie y Frith, descubren una incapacidad específica de los autistas para “atribuir mente” y enuncian un modelo según el cual el autismo se trata de un trastorno específico de una capacidad humana muy importante “teoría de la mente”.

El método de tratar el autismo, sufre cambios importantes. Referente a la educación, se diferencia en los últimos años por un estilo más pragmático, natural e integrador. A diferencia de los años anteriores, que está más centrado en la comunicación como núcleo esencial del desarrollo y más respetuoso con los recursos y capacidades de las personas autistas.

3.3. Etiología.

Resumo las teorías psicológicas más innovadoras: teoría de la mente, coherencia central y otras teorías.

Teoría de la mente: introducida por Premack y Woodruff (1978), y definida como la capacidad para comprender la existencia de estados mentales y asignarlos a uno mismo y a los demás.

La mayoría de las personas con autismo tienen dañada esta capacidad, sufren una especie de “ceguera” ante las mentes de los demás e incluso ante la suya.

La investigación sobre la teoría de la mente en los TEA comienza en 1985, con un artículo de Simón Baron-Cohen, Alan Leslie y Uta Frith.

La Arteterapia en el mundo autista.

Para evaluar la capacidad de mentalización utilizan el test de Sally y Anne, en el que Sally deja un balón en una cesta y desaparece de la escena. A continuación, Anne la coge y la pone en su caja. Por último, Sally busca la canica.

La pregunta que se les hace a los niños es ¿Dónde busca la canica? Los niños que sufren TEA dicen que busca la canica en el lugar donde está, en cambio los niños que no tengan el trastorno, dicen que Sally busca la canica donde la dejó.

Gracias a este experimento, se puede observar la falta de empatía por parte de los niños con autismo.



Figura 2. Teoría de la falsa creencia. Sally y Ann.

Otra de las características implicadas es la distinción entre la realidad y la apariencia. Las personas con autismo no son capaces de diferenciar la dualidad que puede llegar a presentar un objeto en sí mismo y en su forma (Baron-Cohen, 1989).

En cuanto a las tareas de la falsa creencia, los niños con autismo no pueden llegar a entender que en una misma situación, puede haber distintas opiniones (Baron-Cohen, Leslie & Frith, 1985; Baron-Cohen, Leslie & Frith, 1986; Leekam & Perner, 1991; Perner, Frith, Leslie & Leekam, 1989; Reed & Peterson, 1990; Swettenham, 1996; Swettenham, Baron-Cohen, Gomez & Walsh, 1996).

Los déficits de la teoría de la mente se manifiestan desde la primera infancia y se observan en comportamientos como la falta de juego simbólico, la incapacidad para expresar e identificar las emociones, la escasez de imaginación, etc. Esta ausencia es más evidente a medida que el sujeto crece, ya que se produce un reconocimiento social más limitado.

Teoría de la coherencia central débil: las personas con autismo observan el mundo de forma fragmentada, se fijan mucho más en los detalles que en el conjunto. Esta forma de percibir la información, provoca dificultades en el terreno socio-emocional, ya que existen muchas claves en el entorno que nos permiten desenvolvernó de forma apropiada en contextos sociales e interacciones interpersonales.

Otras teorías: Simon Baron-Cohen, habla de la teoría de la empatía-sistematización. Basada en las dificultades mostradas por personas con autismo en la comunicación y en las relaciones interpersonales. Estas dificultades son causadas por un déficit en la empatía, que va agregado de una capacidad intacta o superior en la capacidad de sistematización (Baron-Cohen, Richler, Bisarya, Gurnathan & Wheelwright, 2003; Baron-Cohen & Wheelwright, 2004; Baron-Cohen et al., 2007; Baron-Cohen, Wheelwright & Jolliffe, 1997d; Baron-Cohen, Wheelwright, Stone & Rutherford, 1999c; Jolliffe & Baron-Cohen, 1997; Lai et al., 2011; Lawson, Baron-Cohen & Wheelwright, 2004).

3.4. DSMV y CIE10.

Para llevar a cabo un diagnóstico apropiado sobre este trastorno, recurrimos a dos instrumentos, el DSM-5 y el CIE 11. Se trata de dos clasificaciones significativas que generalmente comparten criterios y resultados de investigaciones científicas.

El autismo es definido como un trastorno caracterizado por el déficit persistente en la habilidad para iniciar y sostener relaciones de interacción social y de comunicación recíproca, y por una diversidad de patrones de comportamiento e intereses restrictivos, repetitivos e inflexibles. La definición de autismo ha variado, ya que DSM-V (2013) ha pasado a sustituir a la DSM-IV (2000). El único cambio observado, ha sido la llamarse nueva denominación del término, pasando a ser, el trastorno del espectro del autismo (TEA), incluido dentro de los “trastornos del neurodesarrollo”. El DSM5 ha agrupado 4 de estos subtipos (trastorno autista, síndrome de asperger, trastorno desintegrativo infantil y TGD no especificado) en la categoría de “trastorno del espectro del autismo”.

Síntomas:

- Deficiencias en la comunicación social.
- Comportamientos restringidos y repetitivos.

Criterios diagnósticos del TEA en el DSM5:

- A. Déficits persistentes en la comunicación y en la interacción social en numerosos contextos, manifestado por los siguientes síntomas:
 - Dificultades socio-emocionales.
 - Déficits en conductas comunicativas no verbales.
 - Inconvenientes para desarrollar, mantener y comprender las relaciones.
- B. Patrones repetitivos y restringidos de la conducta:
 - 1. Movimientos, utilización de objetos y hablar repetitivamente.
 - 2. Unión excesiva a las rutinas y resistencia a los cambios.
 - 3. Intereses muy restringidos y fijos.
 - 4. Híper o hipo-reactividad a estímulos sensoriales.
- C. Los síntomas deben estar presentes durante los primeros años de edad.

- D. Los síntomas limitan y alteran el funcionamiento diario.
- E. La discapacidad intelectual y el trastorno del espectro autista suelen coincidir. Para hacer un diagnóstico de un TEA y de una discapacidad intelectual, la comunicación social debe estar por debajo de lo previsto en el nivel de desarrollo.

En la DSM5 aparece su clasificación en función de la gravedad:

Grado 1 (necesita ayuda):

- Comunicación social: deficiencia para iniciar interacciones sociales respuestas insatisfactorias hacia otras personas. No tiene interés por relacionarse.
- Comportamientos: dificultad para adaptarse a los cambios y a la hora de alternar actividades. Tiene inconvenientes a la hora de adquirir una buena autonomía.

Grado 2 (necesita ayuda notable):

- Comunicación social: déficit notable a la hora de comunicación social, verbal y no verbal.
- Comportamiento: adherencia excesiva a los cambios y comportamientos restringidos y repetitivos. Inicio limitado en las interacciones sociales y respuesta mínima.

Grado 3 (necesita ayuda muy notable):

- Comunicación social: dificultades graves en actitudes de comunicación social, verbal y no verbal.
- Comportamiento: dificultad excesiva para hacer frente a los cambios y comportamientos restringidos y repetitivos.

Como también queda plasmado en el DSMV (2013), cada caso de autismo tiene su propia identidad, aunque todos siguen una serie de patrones y características comunes.

Llúcia Viloca (2005) expone los más significativos:

SINTOMAS AUTISTAS COMUNES	
Alteración de la interrelación.	<p>Desconexión.</p> <p>Ven pero no miran.</p> <p>No muestran interés por conocer el medio que les rodea.</p> <p>Tendencia a la autoestimulación de sensaciones.</p> <p>No utilizan las manos ni para dar ni para recibir.</p> <p>No realizan gestos anticipatorios.</p> <p>Ausencia de sonrisa comunicativa.</p> <p>No comparten miradas de interacción con la madre.</p> <p>Deambulan sin intencionalidad.</p> <p>Poseen indiferenciación con el entorno.</p> <p>Oyen, pero no entienden.</p>
Apariencia de felicidad, de no frustración.	
Movimientos repetitivos o estereotipados.	
Resistencia a los cambios. Intolerancia a lo nuevo y a lo desconocido.	
Manipulan objetos, no realizan juego simbólico.	
Acciones que determinan su estado mental: ansiedades.	
Memoria perceptiva o fotográfica.	
Insensibilidad al dolor físico.	
Conductas agresivas y autoagresión.	
Trastornos de la alimentación y del sueño.	
Ausencia del lenguaje o muy alterado.	

Tabla 1. Síntomas autistas comunes.

Otro instrumento de diagnóstico es la CIE 10 (clasificación internacional de enfermedades). Consiste en la clasificación de enfermedades aceptadas por la OMS (organización mundial de la salud), entre las que se encuentran los trastornos generalizados del desarrollo, definidos como: “Grupo de trastornos caracterizados por alteraciones cualitativas de la interacción social, de las formas de comunicación y por un repertorio repetitivo, estereotipado y restrictivo de intereses y actividades” (Citado CIE-10, 2000, p196).

Dentro de los trastornos generalizados del desarrollo, se encuentra el autismo, definido según la CIE 10 como “Trastorno generalizado del desarrollo definido por: a) presencia de un desarrollo alterado o anormal que se manifiesta antes de los tres años, y b) por un tipo de funcionamiento anormal en las tres áreas de la psicopatología: interacción social, comunicación y comportamiento restringido, repetitivo y estereotipado” (Citado CIE-10, 2000, p196).

El DSMV y el CIE-10 plantean ciertos criterios y códigos diagnósticos prácticamente idénticos. A continuación, Llúcia Viloca (2005) los desarrolla detalladamente:

Criterios para el diagnóstico de trastorno autista:

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, presentada al menos por dos de las siguientes características:
 - Alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales.
 - Incapacidad para establecer relaciones con compañeros adecuadas al nivel de desarrollo.
 - Ausencia espontánea para compartir intereses, objetivos y disfrutes.
 - Falta de reciprocidad emocional o social.

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

- Retraso o ausencia total del desarrollo del lenguaje oral.
- Modificación de la capacidad para iniciar o mantener una conversación con otros.
- Lenguaje estereotipado y repetitivo.
- Ausencia del juego simbólico, espontáneo y variado.

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

- Preocupación limitada a uno o más comportamientos estereotipados.
- Adherencia a rutinas o rituales específicos.
- Manierismos motores estereotipados y repetitivos (sacudir o girar las manos o dedos, movimientos complejos de todo el cuerpo).
- 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: interacción social, lenguaje utilizado en la comunicación social y 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.

3.5. Detección y diagnóstico en el aula.

Llúcia Viloca (2005) relata ciertos puntos a observar en el aula para la detección de los niños autistas y de los niños con funcionamiento autista:

1. Alteración de la interrelación y de la comunicación.

Deterioro de la aptitud para establecer una relación emocional y social con el tutor/a.

2. Alteración de la relación con los niños.

No se relacionan con sus iguales, es como si no existieran. No los imitan. Por otro lado, las acciones de los otros niños, les impulsan a realizar movimientos estereotipados.

3. ¿Cómo se siente el tutor del aula o cuidador al relacionarse con estos niños?

El tutor siente que no consigue llegar a conectar con el niño, piensa que es imposible. No sabe cómo actuar, se siente perdido e incompetente, sin capacidad de imaginar, ni pensar.

4. ¿Qué observa el tutor/a al valorar la capacidad de simbolización del niño?

- Manipulación de objetos y juego: tienen unos objetos que no comparten, con los que realizan movimientos estereotipados, no juegan con ellos (hace filas o los mete y saca de un objeto).

Por otra parte, el juego simbólico que realizan es muy pobre, más bien imitativo de otros. En ocasiones, puede parecer que imiten el juego simbólico del adulto y se evada de sus estereotipias.

- Lenguaje: el niño no habla y en el caso de hacerlo, realiza ecolalias.

- Dibujo: no cogen el lápiz y tampoco dibujan por sí mismos.

- Aprendizaje de lectura y escritura: tienen rechazo o huida por el aprendizaje de la lectura y la escritura. Si aprenden a hacerlo, pueden haberlo hecho de varias maneras. Por ejemplo: con un listado telefónico, con las marcas de los coches, etc.

Por lo tanto, es un aprendizaje basado en su memoria fotográfica.

5. ¿Qué detecta el tutor/a al observar la psicomotricidad del niño?

Disfrutan de un desarrollo psicomotor normal y realizan habilidades motrices raras. Por otra parte, se mueven sin sentido y tienen ausencia de intencionalidad.

6. ¿Qué detecta el tutor/a al observar la atención y la actitud frente el aprendizaje?

Desconexión, no tienen interés por aprender.

El proceso de detección implica tres niveles: nivel 1, vigilancia del desarrollo, nivel 2, detección específica y nivel 3, derivación a un servicio diagnóstico especializado y el inicio en atención temprana.

Los servicios que intervienen en cada nivel son los sanitarios, los servicios sociales y los educativos.

Nivel 1. Vigilancia del desarrollo. Es importante observar el desarrollo infantil de forma rutinaria. Este programa de intervención se debe aplicar a todos los niños.

De esta manera, aporta información al pediatra o al educador y tiene la certeza de que el niño presenta un desarrollo normal. Por otro lado, hay que tener en cuenta los aspectos prenatales y los perinatales:

- Familiar directo con diagnóstico.
- Niño adoptado con antecedentes biológicos desconocidos o de riesgo.
- Síndrome genético relacionado con el autismo (síndrome X frágil, esclerosis tuberosa, etc.)

Nivel 2. Detección específica. Cuando existe la sospecha de que el niño no sigue un desarrollo normal, se deben hacer las pruebas correspondientes en relación a la comunicación, alteraciones sociales, limitaciones de intereses, actividades y conductas, con los instrumentos adecuados.

3.6. Instrumentos para la evaluación del TEA.

Pese a que no es labor de los maestros realizar la evaluación o el diagnóstico de estos alumnos, es interesante conocer varios instrumentos de diagnóstico. Algunos de los instrumentos más utilizados para diagnosticar al alumno los podemos encontrar en la siguiente tabla:

PRUEBAS PARA EVALUAR EL ESTADO GENERAL	
ASPECTOS A EVALUAR	INSTRUMENTOS
Grado de desarrollo	Guía PORTAGE Escala de desarrollo McCarthy
Inteligencia	WISC-R Test Dominós Raven K-BIT
Problemas neurológicos	Entrevista con los padres Examen por neuroimagen Batería neuropsicológica.
Nivel de la interacción social	Entrevista con los padres
PRUEBAS PARA EVALUAR CARACTERISTICAS AUTISTAS	
ASPECTOS A EVALUAR	INSTRUMENTOS
Pruebas de Screening	CHAT SCQ
Pruebas de evaluación extensa	ADI-R CARS ADOS ACACIA IDEA
PRUEBAS DE LENGUAJE	
ASPECTOS A EVALUAR	INSTRUMENTOS
Desarrollo del lenguaje	Escala McArthur (CDI) Guía Portage
Fonología	Prueba fonológica Bosch Prueba fonológica Acosta

La Arteterapia en el mundo autista.

Vocabulario	Peabody Test de Boston
Baterías de lenguaje	BLOC BLOC-S ITPA AREL PLON-R TSA Sadek-Khalil
Lectoescritura	TALE-2000

Tabla 2. Resumen de los instrumentos de evaluación TEA. (Fuente: Universidad de Murcia. Trastornos del desarrollo y logopedia. Portal OpenCourseWare).

A continuación, se explican los más conocidos y utilizados actualmente:

Guía PORTAGE:

Es una prueba de evaluación que posibilita determinar las capacidades generales de los niños desde el nacimiento hasta los 6 años. Es un listado de objetivos que resumen los comportamientos más importantes durante este periodo. Contienen 578 fichas. Áreas:

- Como estimular al bebe.
- Socialización.
- Lenguaje.
- Autoayuda.
- Cognición.
- Desarrollo motriz.

Cuestionario IDEA:

En 1997, Rivière crea el “inventario del espectro autista (IDEA)” en el que explica las 12 dimensiones del desarrollo, que observa alteradas en los alumnos que padecen TEA y las agrupa en cuatro escalas.

Cada escala tiene una dimensión de 0-8 puntos en intervalos de 2. El número 8 corresponde a mayor afectación y el número 0 menor afectación.

El objetivo es conocer que áreas son más afectadas y crear una intervención individualizada. Cada dimensión tendrá 12 resultados y el resultado de la puntuación estará entre 0-96.

En el TEA puede haber ciertos niveles en relación a la puntuación alcanzada en el IDEA:

- Nivel 1: Autismo Kanner. Mayor nivel de afectación. Puntuación 70-96.
- Nivel 2: autismo regresivo. Pérdida de capacidades adquiridas. Puntuación 50-70.
- Nivel 3: Autismo de alto funcionamiento. Puede llegar a solaparse con el síndrome de asperger. Tiene lenguaje y no evita relacionarse con los demás pero tiene intereses rutinarios y repetitivos. Puntuación 40-50.
- Nivel 4: Síndrome de asperger. Nivel de afectación mínimo. Puntuación 24-45.

3.7. Derivación.

Según la guía para profesores y educadores de alumnos con autismo, el proceso de derivación consiste en lo siguiente:

Si existe la sospecha de que un niño puede presentar síntomas de TEA, se tiene que iniciar un proceso de detección y de derivación. Los equipos de orientación educativa son los que se encargan de este proceso de valoración psicopedagógica, reuniendo información de los profesionales del centro, de la familia y del mismo alumno.

En el caso de que el niño no esté escolarizado, son los servicios sociales los que se encargan de la derivación del caso al equipo de atención temprana.



Figura 3. Guía para profesores y educadores de alumnos con autismo.

Una vez realizado el proceso de derivación, el equipo de atención temprana, tiene que elaborar un diagnóstico clínico del alumno. A continuación, Uta Frith (1991) nos hace un breve diagnóstico del autismo:

El diagnóstico del autismo se fundamenta en la conducta. Una conducta alterada, ausente o retrasada.

La Arteterapia en el mundo autista.

Para empezar, hay que someter a prueba al paciente, observarlo atentamente y escuchar a la familia. Deben hacerle pruebas psicológicas y elaborar un historial de cada caso, haciendo un seguimiento individual desde el inicio hasta el final.

Para evaluar los síntomas autistas es de vital importancia tener en cuenta la edad del niño y todavía más importante, su edad mental.

Por otro lado, un criterio diagnóstico por el que las familias buscan ayuda clínica, es el que se refiere a los trastornos del lenguaje y la comunicación.

Las imperfecciones pueden variar desde los que tienen una ausencia completa del habla, hasta los que tienen un simple retraso, acompañado de un empleo extraño del lenguaje.

Los diagnósticos también verifican que existe una falta de actividad imaginativa. Esto puede afectar al juego de ficción y la falta de interés por las historias de fantasía.

Tras el diagnóstico, se hace necesaria la intervención educativa y terapéutica adecuada para garantizar un tratamiento eficaz y una comprensión adecuada de la persona por parte de la sociedad (Martos et al., 2012. Pg. 93).

○ 4. CONCEPTO Y EVOLUCIÓN DEL ARTETERAPIA.

4.1. Introducción.

Es importante destacar, que en la siguiente propuesta de intervención, se han aplicado algunos conceptos del Arteterapia, como por ejemplo, el juego y el dibujo y tendrá lugar en el aula de educación infantil.

En un futuro, sería interesante formarse en esta disciplina y adquirir los conocimientos necesarios, para poder llevarla a cabo en el aula con los alumnos. Es un método muy interesante y eficaz, sobretodo en niños de temprana edad.

4.2. Concepto.

A partir de los años 40 suceden una serie de circunstancias que fomentan la aparición de una nueva disciplina, la Arteterapia. Técnica terapéutica en la que el paciente puede comunicarse con los materiales artísticos, los cuales facilitan la expresión y la reflexión” (Marxen, 2011 p13).

Existe otra forma de Arteterapia, considerada representativa y consensuada en el ámbito sanitario, social y educativo:

La Arteterapia se considera una forma de trabajo e intervención cuyo instrumento es el lenguaje artístico que se usa a través del proceso de creación. Éste promueve y mejora los procesos psicoterapéuticos y el bienestar bio-psico-social del sujeto al que se imparte. Su objetivo es promover dinámicas de transformación sobre la capacidad personal y social, el desarrollo expresivo y creativo, el cambio de posición subjetiva y en su caso, la elaboración sintomática. (Asociación Española Profesional de Arteterapeutas, 2004). Además, ésta técnica puede ir dirigida a todos los públicos y en diversas instituciones. Su forma de trabajo puede ser individual y en grupo pero siempre tiene que ajustarse a las necesidades del individuo (López y Martínez, 2006).

En Arteterapia se trabaja a través de intermediarios artísticos (el dibujo, la dramatización, el collage, etc.) que fomentan la expresión de emociones, sentimientos, deseos, miedos y conflictos, de forma que son capaces de enfrentarse a ciertas dificultades y resolverlas.

4.3. Historia del Arteterapia.

Es introducida por Adrian Hill, cuando en el año 1941 propone una terapia por medio del arte. Para aquel entonces, él se encuentra postrado en una cama de hospital a causa de la tuberculosis, y comienza a dibujar los elementos que tiene a su alrededor. Más adelante, es publicado uno de sus cuadros y a la prensa le llama bastante la atención, tanto es así que dicen que el Arteterapia es constructivo. Se dan cuenta de que el espíritu creativo puede favorecer la curación interior del enfermo. Por lo que la cruz roja apoya esta experiencia y la lleva a cabo con todos los enfermos terminales, los militares, soldados y oficiales.

De forma paralela a este autor, Margaret Naumburg, psicoanalista y una de las pioneras del Arteterapia, expone que “El proceso del Arteterapia está basado en el reconocimiento de que los pensamientos y sentimientos más profundos del hombre, procedentes del inconsciente, consiguen su expresión en imágenes mejor que en palabras (Naumburg, 1958).

Además, en 1958, Kramer expresa el valor terapéutico de la práctica artística.

En 1950, se realiza el primer congreso mundial de psiquiatría, donde se expone por primera vez el arte psicopatológico, con miles de obras de pacientes. Posteriormente, en 1969 se funda la AATA (American Art Therapie Association) en EEUU. Y por último, en 1991 se funda la asociación de universidades “*The European Consortium for Arts Therapies Education*” (ECARTE), que consta de cuatro universidades, cuyo objetivo es regular los cursos de formación en las terapias artísticas a nivel europeo.

La historia del Arteterapia es destacada por Rodríguez y Troll (2004), por sus múltiples orígenes:

1. El arte sirve para curar, como un modo de catarsis, que es considerado como tal desde la antigüedad.
2. Interés por parte de los psiquiatras por la producción artística de los “locos” y su valor psicopatológico.
3. Interés por parte de los artistas por la producción artística de estos mismos “locos” por su valor artístico.

4. La utilización pragmática “ateórica” de los precursores del Arteterapia.
5. El dominio hegemónico del psicoanálisis acerca del pensamiento sobre el arte y la práctica artística en el medio rehabilitador.
6. Desbloqueo y apertura a otros modos de pensar la cura y el enfoque de la practica terapéutica.

No es hasta 2006, cuando en España se crea la federación de asociaciones de Arteterapia y se llevan a cabo diversos másteres en Madrid, Barcelona, Gerona, Valencia, Huelva, Sevilla, Bilbao y Granada.

4.4. Objetivos.

Según el profesor Alexander King, la educación en el taller de Arteterapia tiene que cumplir los siguientes objetivos:

- Estructurar la inteligencia y perfeccionar las facultades críticas.
- Desarrollar el conocimiento de sí mismo.
- Aprender a controlar los impulsos y el comportamiento no adecuado.
- Fomentar las facultades creativas e imaginativas de la persona.
- Aprender a ejercer un papel responsable en la sociedad.
- Aprender a comunicarse de manera activa con los demás.
- Ayudar a las personas a adaptarse y a prepararse para el cambio.
- Formarse en la resolución de problemas.

4.5. Beneficios de las terapias expresivas en la infancia.

- **Creatividad e imaginación:** la danzaterapia, musicoterapia, dramaterapia, poesiaterapia y el Arteterapia son terapias creativas. La creatividad es una característica esencial en la infancia, ya que el niño es creativo por naturaleza. Estas terapias les ofrecen a los niños un ambiente de creatividad, libertad y espontaneidad, con experiencias sensoriales. A través de estos talleres, exploramos zonas desconocidas e incómodas y el arte nos ayuda a sacar nuestras emociones hacia afuera y afrontar este tipo de situaciones.

- **Comunicación y expresión emocional:** fomentan la comunicación verbal y no verbal. La música, la danza, la poesía, etc. son los lenguajes del sentimiento, la afectividad y la intuición. La danza, la música, el teatro o la plástica, permiten expresar lo que uno quiere decir sin necesidad de palabras. De esta manera, los cuentos, las canciones, los títeres, las rimas, son de gran ayuda para un buen desarrollo del lenguaje. Al no ser necesarias las palabras, éste tipo de talleres, nos es tan útil de trabajarlo con niños con autismo.
- **Socialización e igualdad:** también ayudan a favorecer las relaciones sociales. Se puede conocer mejor a la gente que te rodea y trabajar en equipo para conseguir un objetivo común. También existen las terapias individuales, ya que existen trastornos que se deben tratar individualmente.
- **Procesos cognitivos:** desarrollan la capacidad de atención, favorecen la imaginación, estimulan la memoria y la concentración. Son importantes para el desarrollo cognoscitivo, dónde el niño imagina cosas que no existen y al expresarlas se convierten en existentes.
- **Salud y bienestar:** se desarrollan en hospitales, centros de necesidades especiales, etc. Ayudan a los pacientes a tolerar los tratamientos, y a la recuperación física, mental y emocional. Además, reducen el dolor, crean un ambiente positivo, mejoran la atención y reducen el estrés.

○ **5. Arteterapia con niños autistas en el ámbito educativo.**

El Arteterapia dentro del ámbito escolar es estudiado por varios autores como Callejón (2003), Coll (2006), Miret y Jove (2011), Moreno (2016). Ellos apoyan la necesidad de usar la arteterapia, ya que es beneficioso para los niños con necesidades educativas especiales y para el resto de los alumnos.

5.1. Características.

Existen una serie de características, citadas por Moreno (2016), las cuales son muy interesantes para aplicarlas en el ámbito educativo.

- El Arteterapia parte del lenguaje propio del niño: el juego, el dibujo, el movimiento, el cuerpo, la escritura, el lenguaje hablado y escrito.
- Puede condensar diferentes etapas evolutivas en una misma obra o sesión y ayudar a realizar una integración.

- Porque los niños con dificultades o traumatismos previos (que en ocasiones nos encontramos en la escuela y que generalmente pasan por diferentes profesionales, como pedagogos, psicólogos...) pueden realizar un proceso creativo y expresarse desde el lugar que deseen, por ejemplo desde sus capacidades y no desde sus dificultades.
- Porque las obras también pueden servir como mecanismos de defensa cuando hay sufrimiento antes de poder ser concienciado e integrado. El niño y adolescente en el juego y en la obra puede agredir sin temor a ser destruido o castigado, imaginar desenlaces y deseos que todavía son peligrosos plantear a nivel real.



Figura 4. Dibujo de una situación traumática expresada por un niño.

- Porque permite una documentación y registro del proceso terapéutico. Las obras constituyen un registro más fiel que las palabras y se pueden integrar los aspectos fragmentados de la vida pasada y presente. Con la ayuda de la fotografía de todas las obras, la persona puede recordar su proceso, integrar aspectos que no ha entendido previamente, entender el significado de obras que destruyó o no les dio el significado importante que tenían en ese momento.
- Porque se puede comprobar y asumir el concepto de proceso y esfuerzo para conseguir las cosas, en vez de reclamar soluciones rápidas y mágicas, ya que el proceso creativo necesita tiempo y muchos pasos diferentes, desde la concepción inicial hasta su realización y finalización. (Omenat, 2006).

- Porque la obra puede ser utilizada como contenedora de sentimientos y emociones inadmisibles, que pueden ser inconscientes de momento, pero que puede ser guardada en lugar seguro o fotografiada si ha de ser destruida, para volver a utilizarse en un momento posterior del proceso para ser asimilada. (Marxen ,2011)
- Porque el arte y el juego es el medio a través del cual los adultos conectan con las necesidades del niño que llevan dentro, y la Arteterapia permite acceder a los estados de desarrollo tanto del niño como del adulto, algo que facilita la relación familiar. En sesiones se puede facilitar el juego y el arte como solución creativa entre padres e hijos en la resolución de conflictos que a través de la palabra no se han podido elaborar.

5.2. Beneficios.

Tal y como señala la profesora de artes plásticas y especialista en Arteterapia, María Dolores Miguel (2008):

El arte facilita al sistema educativo herramientas que permiten llevar a cabo una educación integral en la escuela. Estas tareas nos permiten realizar un aprendizaje del mundo interno y del mundo social cercano al niño. El arte ayuda a desarrollar y valorar las relaciones interpersonales, el bienestar social, la autoestima, la comunicación y el auto-conocimiento.

Dentro de un marco seguro para la reflexión y en un espacio de escucha y dialogo apropiado para la libre expresión, es posible dejar fluir las emociones, asumir responsabilidades, potenciar la creatividad y convertirnos es seres únicos e irrepetibles.

5.3. El juego y el dibujo.

Tal y como expresan López y Martínez (2006), para el psicoanalista Donal Winnicott, autor clave del Arteterapia, el juego es uno de los elementos clave, junto con el proceso creador y la creatividad. El juego facilita el crecimiento, es universal y lleva del yo a la relación con el grupo. En el juego somos libres de ser creativos y a través de él descubrimos nuestro yo. La pluralidad que existe en la forma de jugar, ofrece un campo amplio para el desarrollo de las habilidades y conocimientos, que permite explorar materiales y descubrir sus cualidades. Todo proceso creativo y especialmente en arteterapia, está basado en las nociones de juego, de deseo y de placer.

Por otro lado, el dibujo es una de las técnicas artísticas más importantes del Arteterapia, además de la pintura y la escultura. Los dibujos nos ofrecen información sobre los contenidos psíquicos inconscientes. Según señalan López y Martínez (2006), Furst indica que hay que señalar los detalles curiosos, los elementos que faltan, el tamaño, la proporción de los objetos y las personas que aparecen, entre otras cosas.

El dibujo infantil favorece la lectura, la escritura y la creatividad. Además, ayuda al niño a tener más confianza en sí mismo y a expresar sus sentimientos. Es una actividad motora espontánea que ayuda a la formación de la personalidad.

A continuación, se explican los beneficios del juego y del dibujo para los niños, en especial para los niños con TEA. Puesto que las deficiencias que posee el alumno, las trabajamos a través de estos dos ejes.

Posteriormente, se exponen las características del juego y del dibujo, desarrolladas en un niño de 6 años sin deficiencias. De esta manera, podemos observar los logros que el alumno no tiene adquiridos.

Beneficios del juego:

El juego facilita la comunicación, tanto con el entorno, como jugando solo o consigo mismo. A la hora de jugar, se intercambian pensamientos, fantasías, ideas, emociones etc. Con esta agrupación de experiencias, de relaciones y de comunicación que el niño mantiene con las personas de su entorno, va construyendo su mundo interno, su pensamiento y su manera característica de ser.

La experimentación es otra función del juego. A través de las diferentes acciones que el niño realiza, explora y va conociendo el mundo que le rodea (Flavell, 1982 y Piaget 1986).

Otro de los beneficios, es la capacidad para simbolizar. El niño va desarrollando y enriqueciendo la función simbólica o la competencia para relacionar dos elementos y obtener un tercero, haber hecho una reflexión de esta relación, darle un significado a las cosas y elaborar un criterio o extraer una consecuencia.

Por último, es importante destacar, la elaboración de experiencias. A través del juego simbólico, el niño expresa sus vivencias, fantasías, deseos, miedos, etc. y tiene la oportunidad de llevarlas a cabo y mostrarlas al mundo exterior.

A continuación, se exponen los beneficios que aporta el dibujo en edades tempranas:

- Dibujar y pintar mejora la motricidad fina.
- Mejora la actividad cerebral.
- Favorece la comunicación.
- Potencia la creatividad.
- Aumenta la capacidad de observación y concentración.
- Mejora la capacidad de resolución de problemas.
- Ayuda a desarrollar nuestra memoria.
- Favorece la relajación.

George Orwell expresa que “el dibujo vuelve visible al pensamiento.” (Citado en M. López y N. Martínez, 2006, p. 124).

Características del juego y del dibujo desarrolladas en un niño de 6 años sin deficiencias:

Juego: el niño tiene la capacidad de traducir sus experiencias en símbolos. Es capaz de recordar imágenes del pasado y revivirlas en el juego. Por ejemplo, construir casas o trenes con piezas de madera. Al final de la etapa, el niño asigna un significado particular a los objetos con los que juega, que así se forman en representación o símbolo.

Un solo objeto, puede representar diferentes cosas o situaciones.

Por otro lado, juega con símbolos y los pone en relación. De esta manera, consigue un argumento en su juego, lo que quiere decir, que ya tiene una anticipación y previsión de acontecimientos. Existe una secuencia temporal que da coherencia y un reparto organizado en el espacio, lo que quiere decir, que explica una breve historia a través del juego. Ejemplos de este juego son: mamás y papas, maestras, guerras, etc.

Al principio de la etapa las relaciones que se creaban, eran básicamente con el adulto y de forma dual. A partir de los 4-5 años, el niño suele compartir el juego con otros niños, de forma organizada y continuada.

Dibujo: el dibujo es considerado como una expresión artística que el ser humano utiliza para expresar su mundo interno. En el niño representa el único medio para acercarse a la realidad, mostrar ideas, sentimientos y emociones. El dibujo forma parte del grupo de artes plásticas, cuyo desarrollo pasa por diferentes etapas, según Lowenfeld (1961).



5-6 años

Figura 5. Dibujo realizado por un niño de 5-6 años.

- ✓ Primera etapa del garabato, hasta los 4 años. Esta etapa se divide en tres fases: garabateo desordenado, garabateo controlado y garabateo con nombre.



Figura 6.



Figura 7.



Figura 8.

Dibujos realizados por niños entre 2 y 4 años.

La Arteterapia en el mundo autista.

- ✓ Segunda etapa preesquemática, comprende desde los 4 hasta los 7 años.



Figura 9. Dibujo realizado por un niño de 6 años.

- ✓ Tercera etapa esquemática, de los 7 a los 9 años.



Figura 10. Dibujo realizado por un niño de 8 años.

- ✓ Cuarta etapa realismo, comprende desde los 9 a los 12 años.



Figura 11. Dibujo realizado por un niño de 10 años.

La Arteterapia en el mundo autista.

- ✓ Quinta etapa pseudonaturalista, desde los 12 a los 13 años.



Figura 12. Dibujo realizado por un niño de 12 años.

- ✓ Sexta y última etapa decisión, es desde los 13 a los 14 años.

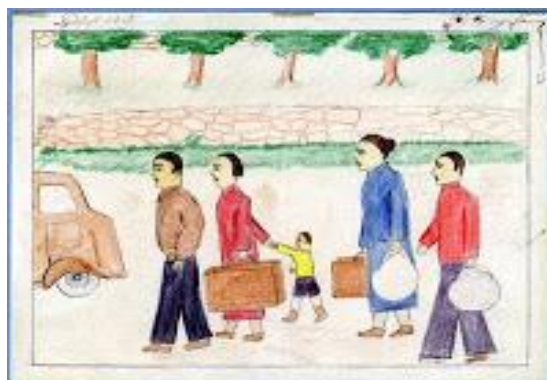


Figura 13. Dibujo realizado por un niño de 13 años.

En este caso, al alumno le corresponde la etapa preesquemática.

A continuación, se explican las características de esta etapa.

El dibujo en esta etapa, pasa del garabato a una representación más definida y el adulto, es capaz de entender el dibujo.

En esta etapa la motivación para realizar los dibujos, se basa en la representación de la figura humana en forma de sol, ya que se dibuja un círculo para la cabeza y dos líneas verticales para las piernas y a esta representación se le suele llamar “monigote”.



Figura 14. Dibujo realizado por un niño de 4-5 años.

Según Lowenfeld y Brittain (1980), el origen de que solo dibuje algunas extremidades del cuerpo, se debe a que el niño representa lo que sabe de sí mismo y no una representación visual en absoluto, ya que en este momento existe una visión egocéntrica del mundo. Hacia los 7 años, se establece un esquema de cada objeto o situación y lo repetirá continuamente.

El niño a esta edad, no tiene interés por establecer relación entre el color que el escoge para pintar y el color real del objeto. Lo más probable es que coja su color favorito o el color que tenga más cerca para pintar. Por lo tanto, el adulto, tiene que facilitar diversas posibilidades, para que experimente y descubra por sí mismo, el color que tienen los diferentes objetos.



Figura 15. Dibujo realizado por un niño de 6-7 años.

5.4. Aplicaciones del Arteterapia en el autismo infantil.

Los materiales proponen gran variedad de posibilidades sensoriales. Existen casos en los que la manipulación directa con materiales no es posible, pero hay que estar atentos y reconocer la vía de acercamiento más activa.

Según González, Monreal, Morral, Recio, Vaimberg y Viloca (2014) las características del autismo y la expresión en las sesiones de Arteterapia son:

- **Sensorialidad e indiferenciación:** nos comunicamos a través de las sensaciones que nos aportan los materiales.

El Arteterapia permite ponerte en contacto con experiencias sensoriales iniciales y volverlas a recrear para reconstruirlas. Las producciones de las personas con TEA expresan caos mental y dificultan el funcionamiento mental. El Arteterapia permite acercarse a este caos y les permite ir saliendo poco a poco.

- **Aislamiento/rechazo a la relación:** existen pacientes que no se acercan a los materiales. Por eso, es importante estar atento y encontrar el momento oportuno para mostrarle el material y sugerirle un acercamiento.

En conclusión, el terapeuta tiene que ejercer de intermediario para que el paciente se relacione con los materiales. Debemos ayudarles a no sentir miedo y disfrutar de la experiencia sensorial.

- **Rechazo al significado compartido:** está vinculado a la relación, por eso se llama “significado compartido”, porque es cuando se comparte una actividad, pensamiento o emoción.
- **Voracidad:** consiste en que el niño con autismo necesita utilizar toda la cantidad de material posible. Necesita llenar vacíos internos y por eso busca cosas concretas que le satisfagan, pero se da cuenta de que necesita buscar otros nuevos de manera compulsiva porque la molestia continúa.
- **Destrucción:** tienen la necesidad de destruir el material que tienen. Darse cuenta de que son diferentes les lleva a tener ciertas inseguridades o incertidumbres. Les gustaría volver hacia lo conocido y retroceder, por ello les debemos permitir los estados de destrucción y dar tiempo para que conecten con el deseo de crecer y avanzar.
- **Experiencia de fragmentación:** tienen gran dificultad para generalizar la experiencia y captar la globalidad. Además, su estado mental le dificulta para las informaciones que da y que recibe y poder ordenar todas sus vivencias

personales. La globalidad del Arteterapia puede ayudar a realizar una integración de todo esto, al ver que el cuerpo se vincula al movimiento y este a la representación.

- **Baja tolerancia a la frustración:** el obstáculo para simbolizar y para integrar el pensamiento hace que estos pacientes tengan dificultades para tolerar la frustración, eso significa dificultad para tolerar la dureza de la realidad que se interpone en sus deseos.

En los talleres de Arteterapia los pacientes tienen que tolerar la frustración, aunque no quieran, ya que los materiales tienen una realidad física determinada. Las limitaciones que se encuentran en el camino, les permiten ir encontrando soluciones. De esta manera, les enseñan a entender cómo se enfrentan las dificultades en la vida cotidiana.

- **Repeticiones, rutinas y rituales:** el arteterapeuta debe ofrecer la manera de encontrar varias alternativas, ya que por sí solos son incapaces. Debe mantener la capacidad de pensar e inculcar la rutina de forma creativa.

○ **6. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.**

La propuesta de intervención elaborada, se basa en un caso hipotético, por lo cual no es llevada a la práctica. Esta propuesta está enfocada en un niño que va a cumplir 6 años en julio del año 2020, por tanto la propuesta va dirigida al 2º ciclo de educación infantil.

Es un niño con necesidad específica de apoyo educativo, por presentar necesidades educativas especiales por trastorno del neuro desarrollo. Recibe apoyo educativo de la maestra de audición y lenguaje. El niño es diagnosticado de autismo a los 18 meses, pero consideran que no necesita tratamiento. Los padres inician un tratamiento cuando el niño tiene 4 años porque va retrasado en el colegio. Está en un proceso de adquisición de la lecto-escritura.

Considerando que existe una inmadurez en los siguientes aspectos: lateralidad, coordinación psicomotriz, esquema corporal, percepción espacio-temporal, percepción audio-visual y lenguaje, éste proceso es complejo y repercute en la adquisición de otros aprendizajes.

Diagnóstico: autismo de alto funcionamiento.

Seguimiento en la evaluación: realiza tratamiento hace dos cursos escolares, en sesiones de una hora, cada semana. Se realizan también sesiones conjuntamente con la familia, con su hermana y en grupo de tres niños.

Los datos que expongo son un resumen de las evaluaciones realizadas que incluyen observación del juego y el dibujo, evaluaciones a través de test estandarizados y evaluaciones del lenguaje y la comunicación.

Historia personal: durante el embarazo no hay problemas y el peso al nacer es 3630 kg.

ANAMNESIS

En los primeros meses de vida sonrisa y mirada muy apagada. Falta de balbuceo. No imita en la interrelación con los miembros de su familia. Existe la falta de movimientos anticipatorios y tiene un llanto difícil de interpretar.

Falta de conductas relacionales con sus familiares. No señala para indicar que quiere algo determinado. No hace sonidos y tampoco expresa emociones. Se altera mucho en situaciones repentinas.

Finalmente, los padres deciden llevarlo a un especialista, que lo diagnostica de autismo (12-18 meses).

Relación familiar: los dos padres acuden a las reuniones solicitadas. Es una familia que ofrece un apego seguro, es cariñosa y previsible. Tiene un buen nivel cultural, es estimulante para el niño.

Área relacional: Se relaciona bien con los niños que participan en el grupo. Se muestra temeroso al principio hasta que se siente seguro y percibe que el resto de niños le tratan bien. Al principio de las sesiones de grupo, siente vergüenza porque es consciente de que tiene un nivel inferior al resto de los niños y no puede realizar las actividades en el mismo nivel. Siente prevención con el adulto.

En las primeras sesiones, tiene expresión de terror. La familia debe quedarse en la sala de espera, de lo contrario, muestra una actitud de querer irse de la sala. Transcurridas las primeras sesiones, acude bastante animado. Dada su dificultad para expresarse a través del lenguaje tiene una comunicación no verbal muy desarrollada, que favorece que los adultos y niños interactúen con él.

Nivel de dibujo: Dibuja figuras humanas con un nivel evolutivo de 5 años.

En el test de la familia dibuja a todos los miembros iguales, envueltos de una burbuja.

Dibuja elementos con dificultades estructurales. Por ejemplo, las casas.

Durante dos cursos ha mejorado el nivel de dibujo de la figura humana y ha desarrollado el dibujo de otros elementos.



Figura 16. Dibujo real realizado por un niño con estas características.

Nivel de juego: el alumno desarrolla un juego simbólico muy pobre en la sesión. Es decir, si le ponemos muñequitos, casitas, no puede elaborar una historia inventada, ni interacciona con los muñecos.

Por ejemplo en el juego de la caja de arena, en el que hay un recipiente con arena y muñecos, esconde los muñecos debajo de la arena.

Se observa una mayor elaboración de juego cuando participa su hermana en la sesión, jugando por ejemplo a cocinitas, siendo Andrea quién lleva la dirección del juego.

Puede realizar juegos psicomotrices pautados (por ejemplo circuitos, juegos de reglas muy pautados, juego del escondite).

Lateralidad: Aunque es diestro de mano, no está lateralizado de ojo, oído y pie. Utiliza de forma dominante la parte izquierda o derecha indistintamente.

Esquema corporal: tiene desarrollado un esquema corporal respecto a su cuerpo.

En cambio, le cuesta identificar partes de su cuerpo en el dibujo. No diferencia partes derechas e izquierdas en su cuerpo con facilidad. Sabe distinguir arriba y abajo en su cuerpo, delante y detrás. En cambio, se observa bastante lentitud para diferenciar arriba y abajo, delante y detrás en el dibujo y en el cuerpo de los demás.

Funcionamiento visomotor y percepción visual: Además de la observación en sesión, se ha evaluado a través del test de Bender y tiene dificultad para realizarlo. Le resulta difícil la copia de los ítems más fáciles y reproduce las figuras en un ángulo diferente al que están dibujadas en el manual. Tiene mucha dificultad para recordarlas si no son copiadas.

Todo lo anterior nos informa de que según los estudios realizados, el alumno aún no está maduro para la adquisición de la lecto-escritura.

Escala del inventario del espectro autista (IDEA)

Ángel Riviére.

NOMBRE DEL ALUMNO:

GRADO: _____ GRUPO: _____ EDAD: _____

ESCUELA: _____

INSTRUCCIONES:

A continuación, le presento la Escala del Inventario del Espectro Autista (IDEA).

El inventario IDEA tiene el objetivo de evaluar doce dimensiones características de personas con espectro autista y/o con trastornos profundos del desarrollo. Cada uno de esos niveles tiene asignada una puntuación par, reservándose las puntuaciones impares, para aquellos casos que se sitúan entre dos de las puntuaciones pares.

El inventario se construye para valorar la severidad y profundidad de los rasgos que presenta una persona, con independencia de cuál sea su diagnóstico diferencial.

Dimensión 1: relaciones sociales.	Puntuación:
Aislamiento completo. No apego a personas específicas. No relación con adultos o iguales.	
Incapacidad de relación. Vínculo con adultos. No relación con iguales.	
Relaciones infrecuentes, inducidas, externas con iguales. Las relaciones más como respuesta que a iniciativa propia.	
Motivación de relación con iguales, pero falta de relaciones por dificultad para comprender sutilezas sociales y escasa empatía. Conciencia de soledad.	
No hay trastorno cualitativo de la relación social.	

Dimensión 2: capacidades de referencia conjunta.	Puntuación:
Ausencia completa de acciones conjuntas o interés por las otras personas y sus acciones.	
Acciones conjuntas simples, sin miradas significativas de referencia conjunta.	
Empleo de miradas de referencia conjunta en situaciones dirigidas, pero no abiertas.	
Pautas establecidas de atención y acción conjunta, pero no de preocupación conjunta.	
No hay trastorno cualitativo de las capacidades de referencia conjunta.	

Dimensión 3: capacidades intersubjetivas y mentalistas.	Puntuación:
Ausencia de pautas de expresión emocional correlativa (i.e. intersubjetividad primaria). Falta de interés por las personas.	
Respuestas intersubjetivas primarias, pero ningún indicio de que se vive al otro como sujeto.	
Indicios de intersubjetividad secundaria, sin atribución explícita de estados mentales. No se resuelven tareas de Teoría de la Mente.	
Conciencia explícita de que las otras personas tienen mente, que se manifiesta en la solución de la tarea de Teoría de la Mente de primer orden. En situaciones reales, el mentalismo es lento, simple y limitado.	
No hay trastorno cualitativo de capacidades intersubjetivas y mentalistas.	

Dimensión 4: funciones comunicativas.	Puntuación:
Ausencia de comunicación (relación intencionada, intencional y significativa) y de conductas instrumentales con personas.	
Conductas instrumentales con personas para lograr cambios que en el mundo físico (i.e. para pedir), sin otras pautas de comunicación.	
Conductas comunicativas para pedir (cambiar el mundo físico) pero no para compartir experiencias o cambiar el mundo mental)	
Conductas comunicativas de declarar, comentar, etc. con escasas cualificaciones subjetivas de la experiencia y declaraciones sobre el mundo interno.	
No hay trastorno cualitativo de las funciones comunicativas.	

Dimensión 5: lenguaje expresivo.	Puntuación:
Mutismo total o funcional. Puede haber verbalizaciones que no son propiamente lingüísticas.	
Lenguaje compuesto de palabras sueltas o ecolalias. No hay creación formal de sintagmas y oraciones.	
Lenguaje oracional. Hay oraciones que no son ecológicas, pero no configuran discurso o conversación.	
Discurso y conversación, con limitaciones de adaptación flexible en las conversaciones y de selección de temas relevantes. Frecuentemente hay anomalías prosódicas.	
No hay trastorno cualitativo del lenguaje expresivo.	

Dimensión 6: lenguaje receptivo.	Puntuación:
“Sordera central”. Tendencia a ignorar el lenguaje. No hay respuesta a órdenes, llamadas o indicaciones.	
Asociación de enunciados verbales con conductas propias, sin indicios de que los enunciados se asimilen a un código.	
Comprensión (literal y poco flexible) de enunciados, con alguna clase de análisis estructurales. No se comprende discurso.	
Se comprende discurso y conversación, pero se diferencia con gran dificultad el significado literal del intencional.	
No hay trastorno cualitativo de las capacidades de comprensión.	

Dimensión 7: anticipación.	Puntuación:
Adherencia inflexible a estímulos que se repiten de forma idéntica (i.e. películas de video). Resistencia intensa a cambios. Falta de conductas anticipatorias.	
Conductas anticipatorias simples en rutinas cotidianas. Con frecuencia, oposición a cambios y empeoramiento en situaciones que implican cambios.	
Incorporadas estructuras temporales amplias (i.e. Curso vs. Vacaciones). Puede haber reacciones catastróficas ante cambios no previstos.	
Alguna capacidad de regular el propio ambiente y de manejar los cambios. Se prefiere un orden claro y un ambiente predecible.	
No hay trastorno cualitativo de capacidades de anticipación.	

Dimensión 8: flexibilidad.	Puntuación:
Predominan las estereotipias motoras simples.	
Predominan los rituales simples. Resistencia a cambios mínimos.	
Rituales complejos. Apego excesivo a objetos. Preguntas obsesivas.	
Contenidos obsesivos y limitados de pensamiento. Intereses poco funcional y flexible. Rígido perfeccionismo.	
No hay trastorno cualitativo de la flexibilidad.	

Dimensión 9: sentido de la actividad.	Puntuación:
Predominio masivo de conductas sin meta. Inaccesibilidad a consignas externas que dirijan la actividad.	
Sólo se realizan actividades funcionales breves con consignas externas. Cuando no las hay, se pasa al nivel anterior.	
Actividades autónomas de ciclo largo, que no se viven como partes de proyectos coherentes, y cuya motivación es externa.	
Actividades complejas de ciclo muy largo, cuya meta se conoce y desea, pero sin una estructura jerárquica de previsiones biográficas en que se inserten.	
No hay trastorno cualitativo del sentido de la actividad.	

Dimensión 10: ficción e imaginación.	Puntuación:
Ausencia completa de juego funcional o simbólico y de otras competencias de ficción.	
Juegos funcionales pocos flexibles, poco espontáneos y de contenidos limitados.	
Juego simbólico, en general poco espontáneo y obsesivo. Dificultades importantes para diferenciar ficción y realidad.	

Capacidades complejas de ficción, que se emplean como recursos de aislamiento. Ficciones poco flexibles.	
No hay trastorno de competencias de ficción e imaginación.	

Dimensión 11: imitación.	Puntuación:
Ausencia completa de conductas de imitación.	
Imitaciones motoras simples, evocadas. No espontáneas.	
Imitación espontánea esporádica, poco versátil e intersubjetiva.	
Imitación establecida. Ausencia de modelos internos.	
No hay trastorno de las capacidades de imitación.	

Dimensión 12: suspensión (capacidad de crear significantes).	Puntuación:
No se suspenden pre-acciones para crear gestos comunicativos. Comunicación ausente o por gestos instrumentales con personas.	
No se suspenden acciones instrumentales para crear símbolos enactivos. No hay juego funcional.	
No se suspenden propiedades reales de cosas o situaciones para crear ficciones y juego de ficción.	
No se dejan en suspenso representaciones para crear o comprender metáforas o para comprender que los estados mentales no se corresponden necesariamente con las situaciones.	
No hay trastorno cualitativo de las capacidades de suspensión.	

CONCENTRADO DE PUNTAJES:

Relación social	
Trastorno de la relación social	
Trastorno de la referencia conjunta	
Trastorno intersubjetivo y mentalista	
Puntuación total de la relación social	
Comunicación y lenguaje	
Trastorno de las funciones comunicativas	
Trastorno del lenguaje expresivo	
Trastorno del lenguaje receptivo	
Puntuación total de la comunicación y lenguaje	
Anticipación / flexibilidad	
Trastorno de la anticipación	
Trastorno de la flexibilidad	
Trastorno del sentido de la actividad	
Puntuación total de anticipación / flexibilidad	
Simbolización	
Trastorno de la ficción	
Trastorno de la imitación	
Trastorno de la suspensión	
Puntuación total de la simbolización	

Puntuación total autismo de alto funcionamiento	40-50
--	-------

Tabla 3. Escala del inventario del espectro autista. (Citado en Valdez, 2005, p.25)

Fecha de aplicación: _____

Nombre de la persona que contesta este instrumento: _____

Relación con el alumno: _____

6.1. Metodología.

Esta propuesta de intervención está centrada en el área de educación artística, ya que aporta conocimientos y aprendizajes a otras áreas. Se sustenta bajo la labor docente y está orientada a un alumno que posee TEA. Se llevan a cabo actividades de forma grupal en el aula ordinaria.

El objetivo es mejorar el desarrollo del alumno, a través de técnicas artísticas de Arteterapia, como el dibujo y el juego.

Durante la propuesta de intervención, creamos un clima y un ambiente de seguridad y de apego seguro para el alumno, mostrando siempre el maestro una actitud de interés.

Las sesiones se realizan en el aula ordinaria y tenemos en cuenta el tiempo y la organización del espacio. Cabe destacar, que cada sesión tiene una estructura clara y concisa. Siempre con el mismo orden, primero hacemos una pequeña introducción de la actividad a realizar, para evitar crear ansiedad en el alumno. Después, se lleva a cabo la sesión prevista y finalmente, se efectúa una pequeña reflexión, con el objetivo de mejorar la capacidad de expresión.

La línea de trabajo de esta propuesta se basa en el juego, la acción y la experimentación. Se apoya en los principios de globalización, aprendizaje significativo, motivación, individualización y flexibilidad.

Y por último, es importante saber que los estudios neurocientíficos destacan la importancia de la creatividad, la sorpresa y la experimentación para aprender desde el placer, y la neuroeducación aconseja que se favorezca el contacto con la naturaleza en los primeros años de vida. Es fuente de estimulación y autorregulación.

Por todo ello, se han propuesto varias sesiones que se realizan con elementos de la naturaleza.

6.2. Objetivos.

Objetivos generales:

- Expresar mediante el lenguaje oral y otros elementos paralingüísticos, necesidades, sentimientos, deseos, ideas y vivencias, utilizando progresivamente frases cada vez más completas, adaptándose a las diferentes situaciones de comunicación y a los diferentes interlocutores.
- Descubrir, observar, explorar y apreciar el entorno físico, natural y social que los rodea, desarrollando el sentido de pertenencia al mismo, identificando algunos factores que influyen sobre él e interviniendo de forma progresiva en su cuidado y respeto, valorando así, su importancia para la vida humana.

Objetivos específicos:

- Fortalecer el vínculo entre la docente y el alumno.
- Experimentar con diferentes materiales de la naturaleza y materiales reciclados.
- Favorecer la comunicación y expresión de ideas, sentimientos y emociones, a través de diferentes lenguajes.
- Conocer la obra de Picasso “la amistad” y desarrollar la capacidad de expresión y reflexión sobre ella.

6.3. Contenidos.

Contenidos generales:

Esta propuesta de intervención, se presenta para trabajar en una clase con 20 alumnos de entre 5-6 años, con el objetivo de incluir al alumno con TEA, a través del arte, con el resto de compañeros. Es una propuesta abierta a los intereses y deseos de los niños.

Mediante diversas actividades, favorecemos la comunicación de los alumnos en todos los aspectos y descubriendo el medio que les rodea.

En la realización de las sesiones, se propone tener como docentes por aula, la maestra correspondiente a la clase, una psicóloga y una alumna en prácticas.

6.4. Sesiones.

Sesión 1: JUEGO SIMBÓLICO.

Temporalización: 1 hora y 30 minutos.

- Inicio y calentamiento: 15 minutos.
- Desarrollo del proceso creador: 45 minutos.
- Despedida y reflexión: 15 minutos.
- Recoger.

Materiales:

- Juguetes.

Objetivos de la sesión:

- Desarrollar el juego simbólico a través de rincones de juego.
- Fomentar las relaciones sociales entre compañeros.
- Favorecer un clima de respeto entre los niños y la docente.

La docente, tras presentarse y explicar a los alumnos en qué consisten las sesiones, expone las normas a seguir durante el proceso, que fundamentalmente son: el respeto hacia los materiales, la clase, el colegio, el entorno escolar y el resto de compañeros.

El alumno puede crear, descansar cuando considere y puede pedir apoyo a la docente u otros compañeros siempre que lo necesite. Por la edad de los niños, es necesario repetir esta introducción durante las tres primeras sesiones. Los niños entienden mejor lo que se hace que lo que se dice.

El aula está dividida en rincones de juego (cocina, animales, construcción, muñecos y coches) y los alumnos están agrupados en grupos de 4-5 niños. Los grupos van rotando cada cierto tiempo. De esta manera, todos los niños pasan por todos los rincones de juego. Durante la actividad, la profesora observa detenidamente el juego simbólico de los alumnos, en especial del alumno con TEA. Es interesante visualizar el juego simbólico que realiza con los diferentes objetos. Finalmente, realizamos una pequeña reflexión de lo que nos ha parecido la actividad.

Sesión 2: RECOGIDA DE MATERIALES DE LA NATURALEZA.

Temporalización: 1 hora y 30 minutos.

- Inicio y calentamiento: 15 minutos.
- Desarrollo del proceso creador: 45 minutos.
- Despedida y reflexión: 15 minutos.
- Recoger.

Materiales:

- Materiales de la naturaleza (palos, piedras, flores, hojas, maderas, minerales, etc.)
- Audiovisuales: fotografías, audios, vídeos.

Objetivos de la sesión:

- Recoger materiales del entorno cercano al colegio.
- Recoger información a través de las fotografías, videos y audios.
- Desarrollar el arte de la fotografía.
- Trabajar con materiales de la naturaleza para aprender a respetarla.

Antes de comenzar, la profesora les recuerda las normas mencionadas en la sesión anterior y que deben seguir durante todo el proceso.

Salida por los alrededores del colegio para la recogida de material natural en cajas de cartón. Se reparten cámaras de fotos desechables por cada grupo de 4 niños, para que hagan fotos a lo que les resulte más interesante.

La profesora también lleva cámara de vídeo y de audio, para colaborar en el trabajo de recogida de información audiovisual (sonidos de la naturaleza, agua, pájaros, etc.)

Sesión 3: ELABORACIÓN DE UN COLLAGE.

Temporalización: 1 hora y 30 minutos.

- Inicio y calentamiento: 15 minutos.
- Desarrollo del proceso creador: 45 minutos.
- Despedida y reflexión: 15 minutos.
- Recoger.

Materiales:

- Materiales reciclados y de la naturaleza.

Objetivos de la sesión:

- Fomentar la creatividad y la imaginación.
- Desarrollar la motricidad fina y gruesa.
- Favorecer las relaciones sociales entre los compañeros y la maestra.
- Fomentar la percepción, estimulación e integración sensorial.

Hacemos un breve repaso de las normas básicas de trabajo durante las sesiones, donde se recalca la importancia del respeto por los compañeros y materiales.

Con la recogida de materiales de la naturaleza y materiales reciclados, elaboramos un collage por parejas. De esta manera, Pablo tiene la ayuda de un compañero, el cual le facilita la tarea y le ayuda en lo que necesite.

Sesión 4: ELABORACIÓN DE UN COLLAGE (PARTE 2).

Temporalización: 1 hora y 30 minutos.

- Inicio y calentamiento: 15 minutos.
- Desarrollo del proceso creador: 45 minutos.
- Despedida y reflexión: 15 minutos.
- Recoger.

Materiales:

- Materiales recogidos de la naturaleza y materiales reciclados.
- Papeles y cartulinas de diferentes texturas.
- Pegamento.

Objetivos:

- Fomentar nuevas técnicas de creación artística.
- Favorecer la creatividad e imaginación.
- Expresar deseos, emociones y fantasías a través de la obra.

Los alumnos ya conocen la mecánica y las normas con las que se trabaja durante las sesiones, así que no es necesario recordarlas nuevamente.

En esta sesión se finaliza el collage y cada pareja cuelga su correspondiente obra de arte en la pared de clase. De esta manera, tenemos presente el trabajo realizado por todos y lo recordaremos con alegría.

Durante esta sesión y la anterior, la maestra realiza fotos de todos los collage y en las dos últimas sesiones, se creará un cuento con todas las fotos realizadas durante todo el proceso.

Sesión 5: GARABATO DE WINNICOT.

Temporalización: 1 hora y 30 minutos.

- Inicio y calentamiento: 15 minutos.
- Desarrollo del proceso creador: 45 minutos.
- Despedida y reflexión: 15 minutos.
- Recoger.

Materiales:

- Ceras.
- Cartulinas.

Objetivos:

- Trabajar la psicomotricidad.
- Desarrollar la creatividad e imaginación.
- Fomentar las relaciones sociales.

Antes de comenzar la actividad, la docente explica en que consiste, tantas veces como sea necesario. En el caso de que haya algún alumno que le resulte complicado, debe mostrarle su ayuda y comprensión.

Esta sesión se realiza por parejas. Pablo se pone con un compañero/a tranquilo/a y paciente.

La actividad consiste en que cada pareja crea una figura con ceras. Un miembro de la pareja empieza el dibujo y el otro miembro es quien lo termina. Una vez terminada, entre los dos, tienen que ponerle un nombre a esa obra de arte.

Cuando terminan la actividad, explican que es lo que han creado y su nombre correspondiente.

Sesión 6: PICASSO Y SU OBRA.

Temporalización: 1 hora y 30 minutos.

- Inicio y calentamiento: 15 minutos.
- Desarrollo del proceso creador: 45 minutos.
- Despedida y reflexión: 15 minutos.
- Recoger.

Materiales:

- Ordenador.
- Proyector.

Objetivos:

- Conocer la obra de Pablo Picasso y su biografía.
- Promover ciertos valores, como la amistad.
- Establecer vínculos entre los alumnos y la docente.

En esta sesión conocemos a Pablo Picasso y a su famosa obra llamada “la amistad”. La docente explica la biografía de este autor, adaptada a la edad de los niños. Vemos fotografías suyas y posteriormente, visualizamos la famosa obra, donde conocemos lo importante que es la amistad y la forma que tiene Picasso de representarla a través de la pintura.

Por último, hacemos una breve reflexión sobre la obra.

Sesión 7: REALIZACIÓN DE UN CUENTO VISUAL.

Temporalización: 1 hora y 30 minutos.

- Inicio y calentamiento: 15 minutos.
- Desarrollo del proceso creador: 45 minutos.
- Despedida y reflexión: 15 minutos.
- Recoger.

Materiales:

- Fotografías
- Ordenador.
- Dibujos.

Objetivos:

- Fomentar las relaciones sociales.
- Desarrollar la imaginación, la creatividad y la capacidad de creación.

En las dos últimas sesiones, creamos un cuento con audio, donde se refleja todo el trabajo realizado durante las sesiones de arteterapia. Hay fotografías del collage, dibujos del garabato y de Picasso y su obra.

Este cuento cuenta la historia de Pablo y sus compañeros y como a través de varias técnicas empleadas en las sesiones de arteterapia, evoluciona su desarrollo.

Sesión 8: REALIZACIÓN DE UN CUENTO VISUAL (PARTE 2).

Temporalización: 1 hora y 30 minutos.

- Inicio y calentamiento: 15 minutos.
- Desarrollo del proceso creador: 45 minutos.
- Despedida y reflexión: 15 minutos.
- Recoger.

Materiales:

- Ordenador.
- Fotos.
- Dibujos.
- Proyector.
- Pantalla.

Objetivos:

- Fomentar una capacidad de creación, imaginación y creatividad.
- Desarrollar la capacidad de expresión.
- Crear nexos de unión entre los compañeros y la docente.

En la última sesión, terminamos la creación del cuento y lo vemos todos juntos sentados en la asamblea.

Por último, expresamos como nos hemos sentido, al realizar nuestro propio cuento con experiencias vividas y compartidas entre todos.





6.6. Temporalización.

Esta propuesta de intervención consta de 8 sesiones, las cuales tienen la duración de 1 hora y media y se llevan a cabo durante los meses de noviembre y diciembre del curso 2020/21.

Se realiza una sesión por semana, concretamente los miércoles de 10:00-11:30.

La propuesta de intervención que se expone, solo tiene sentido si se realiza durante todo el curso escolar, a modo de ejemplo se exponen únicamente las 8 primeras sesiones.

NOVIEMBRE						
Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
				1	2	3
4	5	 6	7	8	9	10
11	12	 13	14	15	16	17
18	19	 20	21	22	23	24
25	26	 27	28	29	30	

DICIEMBRE						
Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
						1
2	3	4 	5	6	7	8
9	10	11 	12	13	14	15
16	17	18 	19	20	21	22
23	24	25 	26	27	28	29
30	31					

6.8. Evaluación.

La evaluación es global, continua y formativa, ya que se realiza durante todo el proceso educativo. Por tanto, en este tipo de evaluación, se examina el proceso de enseñanza y aprendizaje todos los días, a través de la observación directa y sistemática. Durante toda la intervención, se utiliza una hoja de registro, donde se anota lo que el niño realiza y las posibles dificultades que pueda llegar a tener, al igual que los progresos.

Al finalizar la propuesta de intervención, se plasma toda la información en una escala de estimación de caracterización, la cual tiene que ser acorde a los objetivos generales anteriormente citados.

En el caso hipotético de poder hablar con las familias, les mostraríamos esta tabla, al igual que el resto de la información detallada de las sesiones. Por lo tanto, sería conveniente facilitarles información de carácter cualitativo, en el que se expresen los progresos en los diferentes ámbitos, más que las carencias y dificultades. Consiste en compartir información con las familias, con la finalidad de establecer líneas de colaboración y ayudarlos a avanzar.

Por otra parte, es importante comunicarle al alumnado las valoraciones y comentarios derivados de la evaluación, de una forma intencionada, con el objetivo de motivarlos para nuevos aprendizajes.

Para finalizar, debemos evaluar nuestra propia práctica educativa a través de una serie de ítems, los cuáles nos hemos propuesto antes de comenzar la actividad.

- Las actividades han sido adecuadas para su edad y se han ajustado a los objetivos.
- Los materiales estaban preparados antes de realizar la actividad.
- Al terminar cada actividad, hemos dejado la clase como estaba.
- Los niños/as han consolidado los conceptos previstos.
- He planificado la secuencia seleccionando objetivos y contenidos que encajan en los currículos oficiales.
- He tenido en cuenta la diversidad del alumnado en cuanto a capacidades, distintos niveles cognitivos, ritmos, estilos de trabajo, habilidades y estilos de aprendizaje.

La Arteterapia en el mundo autista.

- He intentado vincular los nuevos conocimientos a experiencias previas de los estudiantes y a su propio contexto.
- He marcado los plazos teniendo en cuenta el tiempo de trabajo disponible.
- He detallado todos los pasos a seguir y la secuencia temporal es detallada, coherente y factible.

	Iniciado	En proceso	Consolidado
Expresión de sentimientos y emociones a través de diferentes lenguajes.			
Mantiene relación con sus compañeros.			
Establece nexos de unión con la docente.			
Sabe apreciar el entorno natural y los factores que influyen en el.			
Valora el cuidado al medio ambiente.			

○ 7. DISCUSIÓN Y COCLUSIONES.

En el presente trabajo se ha realizado un análisis de lo que es el trastorno del espectro autista. Para esto, se ha seleccionado a los principales autores que desarrollan y tratan este trastorno, para poder entenderlo y crear una propuesta ajustada a las necesidades del alumno con TEA.

Por otra parte, se ha analizado lo que es el arteterapia y cuáles han sido sus autores más destacados. Además, de las aportaciones en centros escolares.

Una vez realizado el estudio, se ha planteado una propuesta de intervención. A pesar de que no ha sido comprobada, no se descarta la idea de llevarla a cabo en un futuro próximo.

Lo que se pretende con este trabajo, es demostrar que gracias a diferentes técnicas usadas en arteterapia, como el dibujo y el juego, es posible mejorar múltiples carencias en este tipo de trastornos.

El arteterapia sirve como medio de expresión de aquellos sentimientos y emociones, que no somos capaces de expresar verbalmente. Por ello, y a modo de conclusión, destacar que, a través de las diferentes actividades, podemos llegar a comprender los verdaderos sentimientos y emociones del alumnado y ajustarnos a sus necesidades, para mejorar así, su bienestar en cada uno de los aspectos de la vida cotidiana.

○ **8. BIBLIOGRAFÍA / WEBGRAFÍA.**

American Psychiatric Association (2014): *DSM-V-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Masson, Barcelona.

Barthélemy, C.; Fuentes, J.; Howlin, P.; Van der Gaag, R. (2008). *Persons with Autism Spectrum Disorders- Identification, Understanding, Intervention*. Bruselas: Autisme Europe.

Boa nº 43 Orden 10 de marzo de 2008, del Departamento de Educación, Cultura y Deporte, por la que se amplía la Orden de 15 noviembre de 2007.

CIE-10, Guía de bolsillos 2000.

Frith, U. (1989). *Autismo. Hacia una explicación del enigma*. Madrid: Alianza.

López, M., y Martínez, N. (2006). *Arteterapia, conocimiento interior a través de la expresión artística*. Madrid: Tutor.

Martos, J. Ayuda, R. González, A. Freire, S y Llorente, M. (2012). *El Síndrome de Asperger: evaluación y tratamiento*. Madrid: síntesis.

Marxen, E. (2011). *Diálogos entre arte y terapia: del "arte psicótico" al desarrollo de la arteterapia y sus aplicaciones*. Madrid: Gedisa. S.A.

Moreno, A. Apuntes de la asignatura de prevención de dificultades de aprendizaje. Magisterio de Infantil. Facultad de Ciencias Humanas y de la Educación de Huesca. Material no publicado.

Pierre, J. (2006). *Arteterapia. Una introducción*. Barcelona: Octaedro. S.L.

Viloca, L. (2003). *El niño autista: detección, evolución y tratamiento*. Barcelona: Ceac. S.A.

Gómez Juárez y M^a Remedios. (2016). Arteterapia y Autismo: El desarrollo del arte en la escuela. *Publicaciones didácticas*, Vol. 69. Recuperado de: <https://familiasenred.es/wp-content/uploads/2018/03/Arteterapia-y-Autismo.pdf>

González, S; Monreal, N; Morral, A; Recio, M; Vaimberg, T; Viloca, L. (2014). El tratamiento de niños con trastorno del espectro autista. Aportación multidisciplinar del centre terapèutic—educatiu carrilet. *Temas de psicoanálisis*, Vol. 7. Recuperado de: <https://www.temasdepsicoanalisis.org/wp-content/uploads/2017/05/GONZALEZ-MONREAL-MORRAL-RECIO-VAIMBERG-VILOCA.-TRATAMIENTOS-CARRILET.pdf>

Hernández, J.M; Artigas, J; Martos, J; Palacios, S; Fuentes, J; Belinchón, M; Canal, R; Díez, A; Ferrari, M.J; Hervás, A; Idiazábal, M.A; Mulas, F; Muñoz, J.A; Tamarit, J; Valdizán, J.R; Posada, M. (2005). Guía de una buena práctica para la detección temprana de los trastornos del espectro autista. Vol 41. Recuperado de: https://www.catedraautismeudg.com/data/articles_cientifics/10/c94a8eca621448d69092585183409ba7-guidetecciotea.pdf

Puleo, E. (2002). La evolución del dibujo infantil. Una mirada desde el contexto sociocultural merideño. *Investigación arbitrada*, Vol. 16. Recuperado de: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/handle/123456789/35769/articulo15.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Ramírez, A; Sánchez, J.M; Quiroga, V. (2019). Nuevas categorías diagnósticas en trastorno del espectro del autismo (tea). Evolución hacia dsm5 y cie 1. *Interpsiquis. XX Congreso virtual internacional de psiquiatría, psicología y salud mental*. Recuperado de: <https://psiquiatria.com/congresos/pdf/1-5-2019-10PON10Reg2365.pdf>

Rivière, A. (1997). Desarrollo normal y autismo. *Definición, etiología, educación, familia, papel psicopedagógico en el autismo*. Recuperado de: http://www.autismoandalucia.org/wp-content/uploads/2018/02/Riviere-Desarrollo_normal_y_Autismo.pdf

(2016). Guía para profesores y educadores de alumnos con autismo. Cuarta edición revisada y mejorada. *Federación Autismo Castilla y León*. Recuperado de:

<http://autismocastillayleon.com/wp->

[content/uploads/2016/06/guia para profesores y educadores de alumnos con autismo4.pdf](http://autismocastillayleon.com/wp-content/uploads/2016/06/guia_para_profesores_y_educadores_de_alumnos_con_autismo4.pdf)

○ 9. ANEXOS.

Anexo 1:

PSICOMOTRICIDAD			SI	NO
IMAGEN CORPORAL	EN SU CUERPO	-Tocarse partes del cuerpo -Imitar a otra persona -Mover partes del cuerpo	X X X	
	EN EL OTRO	-Identificar qué parte del cuerpo se toca el otro -Decir si es correcta o no la parte del cuerpo que toca el otro	Con dificultad	
	EN EL ESPACIO GRÁFICO	-Semejante a su propio cuerpo en el dibujo	Con dificultad	
EJE DE SIMETRÍA	EN SÍ MISMO	-Ver partes dobles en uno mismo (brazos, manos, etc.)	x	
	EN EL OTRO	-Partes dobles del otro	Con dificultad	
	EN EL ESPACIO GRÁFICO	-Partes dobles en el dibujo -Realizar un dibujo la profesora y que la niña señale las partes dobles. Por ejemplo brazo derecho, brazo izquierdo. -Pedir a la niña que realice ella el dibujo y hacer el mismo ejercicio.	Con dificultad	
MOTRICIDAD	DINÁMICA	- Arrastrarse, gatear, andar, correr,	X	
	ESTÁTICA	-Equilibrio: de pie. Con el pie izquierdo, pie derecho.	X	
	MANUAL	- Juntar y separar dedos -Observar presión (suave o fuerte) y prensión -Actividades diferentes con cada mano	Con dificultad	X

Anexo 2:

Visión	Audición	Mano	Pie
●Mirar por un catalejo grande o similar.	Escuchar el sonido de un reloj pequeño.	Escribir.	Golpear una pelota.
●Mirar por un tubo pequeño.	Escuchar a través de la pared.	Encender un encendedor o cerilla.	Dar una patada al aire.
●Apuntar con el dedo.	Escuchar ruidos en el piso	Repartir cartas.	Cruzar la pierna.
●Mirar de cerca por el orificio de un papel.	Acercar un oído a la puerta para escuchar.	Limpiar zapatos.	Escribir el nombre con el pie en el suelo.

La Arteterapia en el mundo autista.

●Mirar de lejos por el orificio de un papel.	Hablar por teléfono.	Abrir y cerrar botes.	Andar con un pie.
●Taparse un ojo para mirar de cerca.	Volverse a contestar a alguien que habla por detrás.	Pasar objetos pequeños de un recipiente a otro.	Correr con un pie.
●Taparse un ojo para mirar de lejos.	Escuchar dos cajas con objetos para diferenciar por el ruido cuál está mas llena.	Borrar un escrito a lápiz.	Mantener el equilibrio con un pie.
●Acercarse de lejos a cerca un papel a uno de los ojos.	Escuchar un relato por un oído y taparse el otro.	Puntear un papel.	Andar con un pie, siguiendo un camino marcado en el suelo.
●Imitar el tiro con una escopeta.	Mover un objeto que contenga cosas e intentar adivinar lo que es.	Manejar una marioneta o títere.	Intentar recoger un objeto con un pie.
●Mirar por un tubo grande.	Escuchar por el cristal de la ventana el sonido externo.	Coger una cuchara.	Subir un peldaño de una escalera.

Anexo 3:

Lateralidad de mano diestra.

Ojo, oído no están definidos.

ORIENTACION ESPACIAL	SI	NO	DUDA
Respecto a sí mismo		X	
Levanta la mano izquierda		X	
Tócate la pierna derecha con la mano izquierda		X	
Tócate la oreja derecha con la mano izquierda		X	
Qué hay al lado de tu mano derecha		X	
Qué hay al lado de tu pie izquierdo		X	
Respecto a la orientadora		X	
Con los brazos cruzados. Cuál es mi brazo derecho		X	
Con las piernas cruzadas. Cuál es mi pie izquierdo		X	

La Arteterapia en el mundo autista.

Qué hay al lado de mi mano derecha		X	
Respecto al entorno de ambas		X	
Qué hay a la derecha de la puerta		X	
Qué hay a la derecha de la ventana		X	
Realizar un plano de su colegio no sabe. Hacemos un dibujo conjunto.		X	
Realizar un plano de su clase no sabe. Hacemos un dibujo conjunto.		X	

Anexo 4:

ORIENTACION TEMPORAL	SI	NO	DUDA
Rápido			X
Normal			X
Lento			X
Cómo galopa un caballo			
Cómo anda un bebé			
Como anda una tortuga, Inventar otros ítems			
Día y noche	X		
Cuando desayunas	X		
Cuando meriendas	X		
Cuando te pones el pijama	X		
Orden			

La Arteterapia en el mundo autista.

Preguntar sobre días de la semana			X
Preguntar sobre meses del año			X
Preguntar sobre estaciones del año			X
Fecha de cumpleaños			X
Horario de sus tareas			X
Ayer	X		
Hoy	X		
Mañana	X		
Que día tienes música en extraescolares			X
Cuando iras al futbol			X

Anexo 5:

ESTRUCTURA RITMICA	SI	NO	DUDA
Una música baja o alta	X		
Fuerte	X		
Débil			
Tocar un tambor rápido o lento	X		
Rápido	X		
Lento	X		

La Arteterapia en el mundo autista.

Distinguir instrumentos musicales dentro de una canción.			
Antes distingue algunos instrumentos			
A la vez no distingue			
Después distingue algunos instrumentos			
Distinguir cuantas personas cantan en diferentes canciones			
Uno lo distingue en algunas canciones en otras no			
Dos los distingue en algunas canciones, en otras no			
Varios no			

Anexo 6:

LECTURA

Vocales	
Anterior	Central
I	
E	
Correcto	Lee todas las vocales correctas

Anexo 7:

Prueba no realizada

Diptongos				
	a	O	U	e
A				
O				
U				
E				
I				
Muestra equivocaciones				

Anexo 8:

Prueba no realizada por su complejidad

Directas																	
	F	N	b	t	s	M	k	rr	p	L	Ñ	d	g	ch	j	r	Z
a	Af	An	at														
o	Of																
u	Uf					um											
e																	
i																ir	
Correcta																	

Anexo 9:

Prueba no realizada por su complejidad

Inversas												
	-n	-z	-b	-t	-s	-m	-c	-p	-l	-d	-g	
A												
O												
U												
E												
I												
Muestra equivocaciones												

Anexo 10:

Prueba realizada

SÍLABAS DIRECTAS EN PALABRAS Y FRASES	
P	PAPA si
	CAPA no
	DAME LA CAPA no

Anexo 11:

Prueba no realizada por su complejidad

SÍLABAS DIRECTAS EN PALABRAS Y FRASES	
P	PELO
	CAPA
	DAME LA CAPA PEPE
B	BATA
	CABALLO
	MIRA EL CABALLO

Anexo 12:

Prueba no realizada por su complejidad

SÍLABAS DIRECTAS EN PALABRAS Y FRASES	
M	MAMA
	MANO
	MAMA DA LA MANO
C	CASA
	SACO
	HAY UN SACO EN CASA
G	GASA
	MAGO
	ME QUITO LA GASA
J	JARABE
	CAJA
	MIRO MI CAMA
Z	ZAPATO
	CAZA
	MIRO MI ZAPATO
F	FEO
	CAFÉ
	NO TOMO CAFÉ
S	SALA
	PESA
	LA SILLA PESA MUCHO
CH	CHAPA
	FECHA
	COGE LA CHAPA
LL	LLUVIA
	CALLE
	ME MOJA LA LLUVIA
Ñ	ÑOÑO
	CAÑA
	LA CAÑA SE HA ROTO
T	TAPA
	SOTA
	TAPA LA CAJA
D	DEDO
	CADENA
	ME DUELE MI DEDO
L	LANA
	SALA
	MI OVILLO DE LANA
R	RAMA
	CARA
	LA RAMA SE HA CAÍDO
R	ROSA
	CARRETA
	LA ROSA ROJA
N	NOTA
	CANA
	LA NOTA DE MÚSICA

Anexo 13:

SÍLABAS INVERSAS Y MIXTAS EN PALABRAS Y FRASES	
-S	ASCO
	SALTAN
	LAS RANAS SALTAN
-L	ALTO
	CARACOL
	TENGO UN CARACOL
-R	ARMARIO
	COCER
	TENGO MI ROPA EN EL ARMARIO
-C	ACTOR
	REDACTAR
	MEGUSTA SER ACTOR
-B	ABSOBER
	REABSORBER
	ME GUSTA ABSORBER CON PAJA
-D	ADMIRAR
	READMITIR
	YO ADMIRO A MI PAPÁ
-T	ATMÓSFERA
	LA ATMÓSFERA ESTÁ CONTAMINADA
-M	AMBULANCIA
	CURRÍCULUM
	LA AMBULANCIA CORRE MUCHO

Anexo 14:

Test no realizado porque le supone demasiada ansiedad. Es un nivel demasiado alto para él.

SÍLABAS INVERSAS Y MIXTAS EN PALABRAS Y FRASES	
-P	APTITUD
	COLEÓPTERO
	TIENES UNA BUENA APTITUD
-G	IGNORANTE
	DIGNO
	NO ES BUENO SER IGNORANTE
-Z	COZ
	CAPAZ

La Arteterapia en el mundo autista.

	EL BURRO ME DIO UNA COZ
--	-------------------------

Anexo 15:

SIFONES EN PALABRAS Y FRASES		TRANSCRIPCIÓN DE ERRORES
BL	BLANCO	
	ABLANDAR	
	ME GUSTAN LOS CABALLOS BLANCOS	
CL	CLASE	
	ACLAMAR	
	QUIERO IR A CLASE	
FL	FLOJO	
	CAMUFLAJE	
	TENGO UN TRAJE DE CAMUFLAJE	
GL	GLOBO	
	AGLOMERACIÓN	
	TENGO UN GLOBO AZUL	
Repetición de palabras difíciles		Aciertos
Telefónica Estratosfera Caracolillo Carátula Blastópodo Paradójico Astrálagos Sinusitis Carcomido Osteoporosis		
Total de aciertos...		

Anexo 16:

TIPO DE LENGUAJE	SI	NO	A VECES
INTELIGIBLE			
POCO INTELIGIBLE			X
CLARO			
POCO CLARO	X		

Anexo 17:

ESTRUCTURACIÓN DEL LENGUAJE		SÍ
¿Cómo construye las frases?	Con una palabra	
	Correctamente Aunque a veces duda	
	Muy simple la frase	X
¿Cómo es el vocabulario?	Rico	
	Pobre	X
	Adaptado a su nivel escolar Aunque a veces duda	
	Propio del ambiente que procede	
¿Cómo es la Comprensión?	Comprende órdenes	X
	Nombra objetos	X
	Descubre situaciones en un dibujo dado	X
¿Cómo es el lenguaje espontáneo?	Rico	
	Pobre	X
	Verborreico	
	Jerga Adecuado A veces se equivoca	X
Otros aspectos:		

Anexo 18:

COMPOSICION		SI	NO	A VECES
LETRAS	VOCALES	X		
	CONSONANTES	X		
SÍLABAS	DIRECTAS	X		
	INVERSAS			X
	MIXTAS			X
PALABRAS	COMUNES	X		
	SEMEJANTES			X
	DIFERENTES			X
FRASES				X

TEXTOS			X
--------	--	--	---

Anexo 19:

ANÁLISIS DE LA LECTURA
NIVEL DE LECTOR EXACTITUD VELOCIDAD COMPRENSIÓN RITMO Y ENTONACIÓN No lee
PARADAS si OMISIONES si INVERSIONES si SUSTITUCIONES si ARRASTRE DE SÍLABAS si AGREGADOS si PARTICIÓN DE SÍLABAS si SIGUE CON EL DEDO si MUEVE LA CABEZA si OTROS ERRORES

Anexo 20:

OBSERVACIÓN DE LA ESCRITURA		SÍ	NO
LETRAS	TAMAÑO PROPORCIONADO		
	DIRECCIÓN CORRECTA	X	
	CLARIDAD DE TRAZO		
	SOLTURA EN LA PRESIÓN		
	RITMO ADECUADO		
	TRAZADO CORRECTO		
SÍLABAS	TAMAÑO PROPORCIONADO		
	DIRECCIÓN CORRECTA	X	
	CLARIDAD DE TRAZO		
	SOLTURA EN LA PRESIÓN		
	RITMO ADECUADO		

La Arteterapia en el mundo autista.

	TRAZADO CORRECTO		
LÍNEAS	ENLACES CORRECTOS		X
	TAMAÑO ADECUADO		X
	ESCRITURA DE IZQUIERDA A DERECHA		X
	ASPECTO PROPORCIONADO		X
	ESPACIO NORMAL		X
	RITMO ADECUADO		X
TEXTO	MÁRGENES CORRECTOS		X
	LIMPIEZA DE TRAZO		X
	PROPORCIÓN DE LÍNEAS Y PÁGINAS		X
POSICIÓN	LÁPIZ	X	
	MANO	X	
	CUERPO		X

Anexo 21:

OBSERVACIÓN DE LA ORTOGRAFÍA			
		SI	NO
ORTOGRAFÍA REGLADA	Signos de puntuación		
	Signos de interrogación		
	Signos de exclamación		
	Tildes		
	Mayúsculas		
	Reglas ortográficas		
ORTOGRAFÍA VISUAL	K/Q/C		
	B/V		
	LL/Y		
	G/J		
	H/-		
	C/Z		
	Oclusivas (p,b,t,d,k,g)		
	Fricativas (f, z, s, d, x, g, j)		
	Africadas (c, j)		
	Nasales (m, n, ñ)		
	Laterales (l, ll)		
	Vibrantes (r, rr)		
	Bilabiales (p, b, m)		
	Labiodentales (f, m)		

La Arteterapia en el mundo autista.

ORTOGRAFÍA FONÉTICA	Dental (t, d, n, l)		
	Interdental (s, z, n, l)		
	Alveolares (s, n, l, r, rr)		
	Palatales (c, y, n, ll)		
	Velares (k, g, x, n)		

Anexo 22:

CÁLCULO		SÍ	NO	A VECES
Clasificaciones				X
Seriaciones			X	
Correspondencias			X	
Lectura	Dígitos	X		
	Cantidades enteras de dos o más cifras			X
	Cantidades decimales			No realizada
Dictado	Cantidades enteras de dos o más cifras			No realizada
	Cantidades enteras de tres o más cifras			X
	Cantidades decimales			No realizada
Suma	Dígitos	X		
	Cantidades que no excedan la decena	X		
	Cantidades decimales			No realizada
Resta	Dígitos	X		No realizada
	Cantidades que no excedan la decena			X
	Cantidades que excedan la decena			X
	Cantidades decimales			No realizada
Multiplicación	Conocimiento de la tabla			No realizada
	Por una cifra			No realizada
	Por dos o más cifras			No realizada
	Con decimales			No realizada
División	Por una cifra			No realizada
	Por dos o más cifras			No realizada
	Con decimales			No realizada
Resolución de problemas	Suma			Con dificultades
	Resta			No realizada
	Multiplicación			No realizada
	División			No realizada
	Operaciones combinadas			No realizada
Adecuación a su nivel escolar				no

La Arteterapia en el mundo autista.

--	--	--	--