

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA.
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

“ARTETERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA NIÑOS DE 7 A 12 AÑOS, CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA EN CONDICIÓN DE RIESGO SOCIAL”.

POR:
CESAR ALFONSO ARCHILA DURÁN

Trabajo de Graduación para optar por el título de
Magíster en Psicología Clínica

PANAMÁ REPÚBLICA DE PANAMÁ

2021

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO

Programa de maestría en	Psicología clínica
Facultad de	Psicología
Título que aspira	Magister en Psicología Clínica
Número de Código	EC-43-12508
Tema de la tesis	Arteterapia cognitivo conductual para niños de 7 a 12 años, con trastorno del espectro autista en condición de riesgo social
Nombre del estudiante	Cesar Alfonso Archila Durán
Pasaporte	AN 536160
Nombre del asesor	Dra. Graciela Mabel Álvarez
Firma del asesor	_____
Firma del estudiante	_____
Aprobado por	Director de la Vicerrectoría de Investigación y Postgrado
Firma del decano	_____
Fecha de Aprobación	

DEDICATORIA

A mi poder superior...

A mis padres y hermanas por su apoyo incondicional, compañía a pesar de la distancia, cariño sin fronteras y ejemplo con sus vidas.

A los niños y niñas con los que he trabajado durante los últimos 10 años que han sido la inspiración para este trabajo.

A mis amigos y amigas de la Tribu Performance que se han convertido en mi familia y me enseñaron una nueva profesión.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar agradezco a la Universidad de Panamá por ser un recinto de educación pública y de calidad. A la profesora Graciela Álvarez que siempre confió en mis capacidades, me apoyó en sus clases y ha sido la asesora de esta tesis.

A todos y todas los que hicieron parte de esta investigación especialmente a los niños y niña que tomaran la terapia, a la Fundación Escena Circo que ofreció su infraestructura y experiencia para el desarrollo de los talleres y a la fundación Autism Wave que hizo de puente con los participantes.

TABLA DE CONTENIDO

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ.....	II
UNIVERSIDAD DE PANAMÁ.....	2
DEDICATORIA	III
AGRADECIMIENTOS	IV
INDICE DE TABLAS	IX
INDICE DE GRÁFICOS	VIII
INDICE DE ANEXOS	IX
RESUMEN	X
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I	3
MARCO TEÓRICO.....	3
1.1 Antecedentes.....	4
1.2 Trastornos de Espectro Autista	9
1.2.1 TEA según el DSM-V	11
1.2.3. Tratamientos del Trastorno del Espectro Autista.....	14
1.2.3.1. <i>Tratamientos biomédicos.</i>	14
1.2.3.2. <i>Tratamientos Sensoriomotrices.</i>	15
1.2.3.3 <i>Sistemas Aumentativos de la Comunicación (SAAC).</i>	16
1.2.3.4 <i>Tratamientos Psicoeducativos y Psicológicos.</i>	16
1.3. Arteterapia.....	18
1.3.1. Arteterapia y autismo	22
1.3.2. Arteterapia cognitivo conductual.	23
1.4. Riesgo social.....	25
1.5. Programa de Arteterapia Cognitivo Conductual para niños de 7 a 12 años.....	26
1.5.1. Estructura de las sesiones.....	28
CAPITULO II	30
MARCO METODOLÓGICO.....	30
2.1 Planteamiento del problema.....	31
2.2 Objetivos de la investigación.	32
2.2.1 Objetivo General	32
2.2.2 Objetivos Específicos:	32

2.3. Preguntas de investigación	33
2.4. Hipótesis de investigación	34
2.4.1. Hipótesis conceptual	34
2.4.2. Hipótesis Experimental y Estadística.....	34
2.5. Tipo de investigación	39
2.5.1. Diseño de investigación	39
2.6. Población y selección de la muestra	39
2.6.1. Población.....	39
2.6.2. Muestra..	40
2.6.3. Criterios exclusión y eliminación de inclusión,	40
2.7. Definición de las Variables	41
2.7.1. Variable independiente: Arteterapia	41
2.7.2. Variable dependiente.....	41
2.8. Instrumentos de medición	43
2.9. Análisis Estadístico de los Resultados	47
2.10. Procedimiento de la investigación	47
CAPÍTULO III	49
RESULTADOS Y ANÁLISIS	49
3.1. Descriptivos	50
3.2. Pruebas de Hipótesis	77
3.3. Discusión de los resultados	89
CAPÍTULO IV	97
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	97
4.1. Conclusiones	98
4.2. Recomendaciones	100
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	102
ANEXOS	107

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Clasificación de Landgarten según el nivel de control técnico de cada medio plástico visual.....	27
Tabla 2 Descripción de la muestra de acuerdo al sexo y edad.....	50
Tabla 3 Asistencia a las sesiones	53
Tabla 4 Escala A: Alteraciones cualitativas de la interacción social recíproca	54
Tabla 5 Escala B: Alteraciones cualitativas de la comunicación	65
Tabla 6 Prueba de Wilcoxon para la comparación de las medianas obtenidas en el pre-test y el post-test	77
Tabla 7 Conclusión sobre el estadístico de Wilcoxon de la Entrevista para el diagnóstico del Autismo, Edición Revisada. ADI – R. Categoría A1.....	78
Tabla 8 Prueba de Wilcoxon para la comparación de las medianas obtenidas en el pre-test y el post-test en la Entrevista para el diagnóstico del Autismo, Edición Revisada. ADI – R. Categoría A2	79
Tabla 9 Conclusión sobre el estadístico de Wilcoxon de la Entrevista para el diagnóstico del Autismo, Edición Revisada. ADI – R. Categoría A2.....	80
Tabla 10 Prueba de Wilcoxon para la comparación de medias obtenidas en el pre-test y el post-test en la Entrevista para el diagnóstico del Autismo, Edición Revisada. ADI – R. Categoría A3 ..	80
Tabla 11 Conclusión sobre el estadístico de Wilcoxon de la Entrevista para el diagnóstico del Autismo, Edición Revisada. ADI – R. Categoría A3.....	81
Tabla 12 Prueba de Wilcoxon para la comparación de las medianas obtenidas en el pre-test y el post-test en la Entrevista para el diagnóstico del Autismo, Edición Revisada. ADI – R. Categoría A4.....	81
Tabla 13 Conclusión sobre el estadístico de Wilcoxon de la Entrevista para el diagnóstico del Autismo, Edición Revisada. ADI – R. Categoría A4.....	82
Tabla 14 Prueba de Wilcoxon para la comparación de las medianas obtenidas en el pre-test y el post-test en la Entrevista para el diagnóstico del Autismo, Edición Revisada. ADI – R. En la Escala A Total.....	82
Tabla 15 Conclusión sobre el estadístico de Wilcoxon de la Entrevista para el diagnóstico del Autismo, Edición Revisada. ADI – R. En la Escala A Total.....	83
Tabla 16 Prueba de Wilcoxon para la comparación de las medianas obtenidas en el pre-test y el post-test en la Entrevista para el diagnóstico del Autismo, Edición Revisada. ADI – R. Categoría B1	83
Tabla 17 Conclusión sobre el estadístico de Wilcoxon de la Entrevista para el diagnóstico del Autismo, Edición Revisada. ADI – R. Categoría B1.....	84
Tabla 18 Prueba de Wilcoxon para la comparación de las medianas obtenidas en el pre-test y el post-test en la Entrevista para el diagnóstico del Autismo, Edición Revisada. ADI – R. Categoría B2	84
Tabla 19 Conclusión sobre el estadístico de Wilcoxon de la Entrevista para el diagnóstico del Autismo, Edición Revisada. ADI – R. Categoría B2.....	85

Tabla 20 Prueba de Wilcoxon para la comparación de las medianas obtenidas en el pre-test y el post-test en la Entrevista para el diagnóstico del Autismo, Edición Revisada. ADI – R. Categoría B3	85
Tabla 21 Conclusión sobre el estadístico de Wilcoxon de la Entrevista para el diagnóstico del Autismo, Edición Revisada. ADI – R. Categoría B3.....	86
Tabla 22 Prueba de Wilcoxon para la comparación de las medianas obtenidas en el pre-test y el post-test en la Entrevista para el diagnóstico del Autismo, Edición Revisada. ADI – R. Categoría B4	86
Tabla 23 Conclusión sobre el estadístico de Wilcoxon de la Entrevista para el diagnóstico del Autismo, Edición Revisada. ADI – R. Categoría B4.....	87
Tabla 24 Prueba de Wilcoxon para la comparación de las medianas obtenidas en el pre-test y el post-test en la Entrevista para el diagnóstico del Autismo, Edición Revisada. ADI – R. En la Escala B Total.....	88
Tabla 25 Conclusión sobre el estadístico de Wilcoxon de la Entrevista para el diagnóstico del Autismo, Edición Revisada. ADI – R. En la Escala B Total	88

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfica 1. Descripción de la muestra de acuerdo al sexo	51
Gráfica 2. Descripción de la muestra de acuerdo a la edad.....	52
Gráfica 3. Cantidad de Sesiones asistidas	53
Gráfica 4. Puntuaciones del pre-test y post-test de la categoría A1: Incapacidad para utilizar conductas no verbales en la regulación de la interacción social	58
Gráfica 5. Puntuaciones del pre-test y post-test de la categoría A2: Incapacidad para desarrollar relaciones con sus iguales	59
Gráfica 6. Puntuaciones del pre-test y post-test de la categoría A3: Falta de goce o placer compartido	61
Gráfica 7. Puntuaciones del pre-test y post-test de la categoría A4: Falta de reciprocidad socio-emocional.....	62
Gráfica 8. Puntuaciones totales del pre-test y post-test de la Escala A Total: Alteraciones cualitativas de la interacción social recíproca.....	64
Gráfica 9. Puntuaciones del pre-test y post-test de la categoría B1: Falta o retraso del lenguaje hablado e incapacidad para compensar esta falta mediante gesto.....	69
Gráfica 10. Puntuaciones del pre-test y post-test de la categoría B2: Incapacidad relativa para iniciar o sostener un intercambio conversacional	71
Gráfica 11. Puntuaciones del pre-test y post-test de la categoría B3: Habla estereotipada, repetitiva e idiosincrásica	72
Gráfica 12. Puntuaciones del pre-test y post-test de la categoría B4: Falta de juego imaginativo o juego social imitativo espontáneo y variado.....	74
Gráfica 13. Puntuaciones totales del pre-test y post-test de la Escala B: Alteraciones cualitativas de la comunicación	76

INDICE DE ANEXOS

Anexo 1 Modelo de Consentimiento Informado (Padre, niños)	107
Anexo 2 Modelo de Carta de compromiso	109
Anexo 3 Sesiones terapéuticas	109
Anexo 4 Cuadro de asistencia y recolección de datos por sesión	116
Anexo 5 Portada del manual de la Entrevista para el Diagnóstico del Autismo ADI-R.....	117
Anexo 6 Portada del Protocolo de la Entrevista para el Diagnóstico del Autismo ADI-R.....	118
Anexo 7 Cuadernillo de algoritmos de la entrevista para el Diagnóstico del Autismo ADI-R.....	119

RESUMEN

El Trastorno del espectro autista (TEA) ha presentado un notorio aumento a nivel mundial. En esta investigación se evaluó la efectividad de un programa de arteterapia cognitivo conductual para niños de 7 a 12 años, con Trastorno del Espectro Autista en condición de riesgo social, pertenecientes a la fundación Autism Wave. La muestra estuvo conformada por 6 niños de 7 a 11 años, la evaluación se realizó con la Entrevista para el Diagnóstico del Autismo edición revisada, ADI-R, dirigida al cuidador principal. El estudio fue de tipo explicativo y el diseño de la investigación fue cuasi-experimental de grupo único con aplicación de pre test y pos test, la muestra se seleccionó de manera no probabilística de tipo intencional o dirigido. El programa de intervención tuvo una duración total de 10 sesiones, en donde 2 fueron para la aplicación del pre test y el pos test y 8 sesiones terapéuticas. Cada sesión tuvo una duración aproximada de una hora. Los resultados de este estudio mostraron que el programa terapéutico evaluado mejoró de forma estadísticamente significativa las alteraciones cualitativas de la interacción social recíproca identificables en la escala A del ADI-R.

ABSTRACT

Autism Spectrum Disorder (ASD) has shown a notable increase worldwide. This research evaluated the effectiveness of a cognitive behavioral art therapy program for children from 7 to 12 years old, with Autism Spectrum Disorder in a social risk condition, belonging to the Autism Wave Foundation. The sample consisted of 6 children from 7 to 11 years old, the evaluation was carried out with the revised edition Interview for the Diagnosis of Autism, ADI-R, addressed to the main caregiver. The study was explanatory in nature and the research design was quasi-experimental with a single group with pre-test and post-test application, the sample was selected in a non-probabilistic manner, intentional or directed. The intervention program had a total duration of 10 sessions, where 2 were for the application of the pre-test and the post-test and 8 therapeutic sessions. Each session lasted approximately one hour. The results of this study showed that the evaluated therapeutic program statistically significantly improved the qualitative alterations of reciprocal social interaction identifiable in the ADI-R scale A

INTRODUCCIÓN

En los últimos años el Trastorno del espectro autista (TEA) ha presentado un notorio aumento a nivel mundial sobre todo en los países desarrollados, como también en Panamá. En Panamá no existían datos a nivel nacional sobre la prevalencia del autismo hasta el año 2013. Cuyos resultados fueron un total de 682 personas diagnosticadas con autismo, lo que equivale al 0,02% de la población Panameña. (Caspan, 2013). Estos datos han aumentado con el paso de los años.

El TEA aparece en la infancia y tiende a persistir hasta la adolescencia y la edad adulta. En la mayoría de los casos se manifiesta en los primeros 5 años de vida.

Panamá es un importante bastión a nivel latinoamericano en atención gratuita y de calidad, a niños y niñas con Trastorno del Espectro Autista. Sin embargo no existen planes institucionales que contemplen un efectivo planteamiento *arteterapéutico*, a diferencia de otros países, donde esta actividad está mucho más desarrollada e institucionalizada a nivel educativo y de salud, tanto en el estado como en el sector privado.

Se ha descubierto que los niños con trastorno del espectro autista (TEA), tienen una forma particular de ver el mundo, lo que les permite, en muchos casos, innovar y descubrir tanto en tecnología y ciencias, como en las artes, la economía, la filosofía, y todas las demás ramas de la cultura humana. Así mismo, han aumentado los diagnósticos de niños y niñas con esta condición, razón por la cual se hace imperante introducir nuevas y eficientes actividades terapéuticas que permitan crear espacios comunicativos que faciliten al infante, intercambiar ideas y sentimientos con la sociedad. La actividad arteterapéutica, es un método que ha comprobado su efectividad, y logra dinamizar la comunicación de los participantes con trastorno del espectro autista y los demás, por medio de procesos creativos y pedagógicos basados en una actividad artística dirigida y coordinada, con materiales y tiempos específicos.

Así mismo, los niños en condición de vulnerabilidad social son los que menos tienen acceso a los tratamientos, por lo que esta investigación sentará un precedente haciendo hincapié en la importancia en las intervenciones arteterapéuticas para esta

población y establecerá bases científicas para la ampliación de este estudio para todos los niños que lo necesiten en Panamá.

La presente investigación busca evaluar la efectividad de un programa de arteterapia cognitivo conductual para niños de 7 a 12 años, con trastorno del espectro autista en condición de riesgo social, pertenecientes a la fundación Autism Wave. El programa terapéutico constó de 8 sesiones terapéuticas y 2 sesiones adicionales donde se aplicó la Entrevista para el Diagnóstico del Autismo edición revisada ADI-R a los tutores de los niños antes y después de aplicar el programa. Todos los niños presentaban diferentes grados del trastorno del espectro autista, por lo que en las sesiones siempre estuvieron acompañados de sus tutores.

En el primer capítulo se describe el marco teórico y conceptual de la investigación subdividido en los siguientes temas: Antecedentes del problema a tratar, Trastorno del espectro autista, arteterapia, condición de riesgo social, arteterapia y trastorno del espectro autista, Terapia Cognitivo Conductual, programa de arteterapia cognitivo conductual para niños de 7 a 12 años en condición de riesgo social.

En el segundo capítulo se muestra la metodología de la investigación caracterizada por: planteamiento del problema, objetivos generales, objetivos específicos, preguntas de investigación, hipótesis, tipo de investigación, diseño de la investigación, población y muestra, variables, instrumentos utilizados, procedimientos y los análisis estadísticos empleados.

El tercer capítulo presenta los resultados hallados en la investigación a través de la estadística descriptiva e inferencial.

El cuarto capítulo incluye las conclusiones y recomendaciones. Finalmente se colocaron las referencias bibliográficas que se utilizaron en la investigación y los anexos: consentimiento informado, descripción de las sesiones realizadas, entre otros.

CAPITULO I
MARCO TEÓRICO

1.1 Antecedentes.

El Trastorno del espectro autista (TEA) ha presentado un notorio aumento a nivel mundial sobre todo en los países desarrollados, y Panamá no escapa a esta problemática generando cada vez más interés en investigaciones tendientes a identificar su prevalencia.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019), uno de cada 160 niños en el mundo presenta un Trastorno del Espectro Autista (TEA), aunque estas cifras pueden ser mayores y la prevalencia en los últimos 50 años ha aumentado según esta organización, debido principalmente a mayor concienciación, mejores herramientas diagnósticas, ampliación en los criterios diagnósticos y mejor comunicación.

En Panamá no existían datos a nivel nacional sobre la prevalencia del autismo hasta que se realizó la primera encuesta nacional sobre el autismo en 2013 encargada por el despacho de la primera dama. En esta encuesta se tomaron los datos de las organizaciones que trabajan sobre este tema como el Ministerio de Salud Ministerio de Educación en su dirección de Educación Especial, la Secretaria Nacional para la Discapacidad (SENADIS), el Instituto Panameño de Habilitación Especial, el Centro Ann Sullivan de Panamá, la Fundación Soy Capaz, la Fundación Enséñame a Vivir, Fundet-Tomatis y la Fundación Mi Ángel Azul. Los resultados arrojaron un total de 682 personas diagnosticadas con autismo lo que equivale al 0,02% de la población Panameña. (Caspan, 2013).

Según Fortea, Escandell y Castro (2013), se estima que en España entre 60 y 70 personas de cada 10.000, presentan alguna forma de Trastorno del Espectro Autista (TEA). Afecta a 1 de cada 150 niños nacidos, con mayor probabilidad en varones, es decir, cuatro veces más probable en varones que en mujeres.

Según la Asociación Internacional Autismo-Europa (2000), en el mundo 5 de cada 10.000 personas presentan un cuadro de autismo y las cifras se elevan hasta una de cada 700-1000 personas si hablamos de espectro autista. Datos más recientes del Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC, 2009) muestran que 1 de cada 110 niños tiene este tipo de trastorno. En España para el 2008 había 15.700 personas diagnosticadas con TEA, lo que ha producido un incremento en la tasa de personas

desde el año 1999 (de 1.1 a 3.35/10.000 habitantes). Con este aumento se ha empezado a considerar el autismo como un problema de salud pública que ha llevado a la creación de programas de seguimiento.

En los países en desarrollo, incluido Panamá, la falta de políticas públicas que ofrezcan programas para la población con trastorno del espectro autista genera una dificultad mayor para las familias en vulnerabilidad social, ya que sólo pueden acceder a las terapias aquellas que logran pagarlas.

Baixaullí, Berenguer, Mira, Miranda y Roselló (2019), encontraron en su investigación que los niños con familias de alto riesgo (vulnerabilidad sociodemográfica y atmosfera familiar menos positiva) mostraron puntuaciones significativamente más bajas en conductas prosociales y experimentaron un nivel significativamente superior de problemas emocionales que los niños de las familias del grupo de bajo riesgo. Comprobaron la relación que tiene el contexto familiar con el desarrollo socioemocional de niños con TEA y subrayan asimismo la importancia del asesoramiento a las familias para potenciar las habilidades de regulación emocional y las conductas prosociales, debido a su impacto en la adaptación social a largo plazo.

Lee y Hobson (2006) plantearon como predicción principal en su estudio que las dificultades en el compromiso social y la cognición se manifestarían en los dibujos de figuras humanas de los niños autistas, tanto de sí mismos como de otros. La muestra constaba de 14 niños y adolescentes diagnosticados de autismo que fueron comparados con otro grupo de 14 individuos con dificultad de aprendizaje; ambos grupos con edades cronológicas y mentales similares. La intervención se dividía en tres partes en función del tipo de dibujo que se debía realizar. La primera consistía en dibujar tres imágenes: una figura humana indicando el género; una figura humana de sexo contrario al primer dibujo y una ilustración sobre sí mismos. La segunda estaba formada por tres fases: primero debían dibujar una casa; a continuación tenían que dibujar una casa distinta a la primera; y para finalizar su propia casa. Para terminar debían realizar el subtest Draw-a-Design de McCarthy Scales of Children's Abilities (1972) desarrolladas por Dorothea McCarthy, que consistía en copiar en un folleto 9 figuras geométricas de menor a mayor dificultad. En los resultados se encontraron diferencias significativas que mostraban que la mayoría de niños con autismo dibujaban figuras que eran similares entre sí. También

se observaron diferencias en las puntuaciones entre los dibujos humanos y las casas. Los participantes con autismo mostraron menos diferenciación en sus dibujos de personas que en los de casas, al contrario que el otro grupo. Los niños con autismo tienen generatividad y flexibilidad en la realización de dibujos (casas) que se refleja en los detalles y la elaborada construcción de éstos. Las figuras humanas parecen ser un medio de expresión de la experiencia social en la mayoría de niños, que también se evidencia en los niños que padecen TEA. Las diferencias en los dibujos de los niños con dificultades de desarrollo y los niños autistas reflejan los factores que influyen en sus dibujos, como el contacto interpersonal y las actitudes hacia sí mismos y los demás. (Lee y Hobson, 2006).

Epp (2008, citado en Chamorro, 2008), realizó una investigación cuyo objetivo principal fue examinar la efectividad de un programa terapéutico sobre las habilidades sociales usando la arteterapia y las técnicas de comportamiento y conducta en grupos de terapia, para ampliar e intensificar las técnicas más usadas y así ayudar a niños con desorden del desarrollo social a potenciar estas habilidades, usando como referencia el programa Superkids. La muestra inicial estaba formada por 79 niños de primaria y secundaria con autismo, pero finalmente quedaron solo 66 por motivos de permisos paternos, de los profesores y otras razones. Los niños no eran conscientes de que se les había incluido en el estudio. La intervención consistió en realizar una vez por semana una hora de terapia grupal fundada en el programa que usa la terapia artística basada en el dibujo. Como instrumento se usó el cuestionario Social Skills Rating System (SSRS) que se proporcionó antes y después de la realización de las actividades. Los resultados muestran estadísticas significativas en la mejora de la habilidad social de validación y en cuanto a los problemas de comportamiento se vio mejorado el comportamiento interno y la hiperactividad. El estudio muestra evidencia en la mejora de las habilidades sociales y en la resolución de los problemas de comportamiento, tras la comparación del antes y el después de haber aplicado la terapia. Este tipo de intervención incorpora una forma de incidir en los conceptos sociales y emocionales a través de la orientación visual y la kinésica.

Lough et al, (2012), en su investigación planteó el propósito de estudiar sobre los efectos de la elección en la calidad y duración de una actividad de colorear en niños con

TEA. Este estudio contó con la participación de 22 niños y 4 niñas con TEA de entre 8 y 15 años. Todos los participantes realizaron la actividad dos veces, en una podían elegir el material (plantilla y colores) y en otra no se podía elegir. Para medir la cantidad de tinta usada cada imagen se escaneó al ordenador y se calcularon los píxeles coloreados. Las variables dependientes incluían la cantidad de color aplicado, la diversidad de colores y el tiempo requerido. Se plantearon tres hipótesis. Los resultados indicaron que no hubo diferencias significativas en la cantidad de píxeles coloreados en ambas condiciones. Sin embargo, los niños usaron significativamente más colores y más tiempo en el desarrollo de la tarea en condiciones de elegibilidad. Por tanto, se descartó la hipótesis 1; Cuando los niños puedan elegir usarán más cantidad de tinta que cuando no tengan elección, y se aceptaron la 2; Bajo condiciones de elegibilidad los niños usarán más colores que cuando no puedan elegir y la 3; Cuando puedan elegir la duración de la actividad será mayor que cuando no puedan. El uso de más colores demuestra estar más involucrado con la actividad. Muchos niños con autismo luchan por mantener el compromiso con la actividad, secundario a las dificultades de interacción y comunicación. Para desarrollar estas habilidades es importante que los niños se comprometan con los profesores, terapeutas y padres. La elección de materiales incrementa el compromiso que tiene el niño con la actividad y de este modo se facilita la enseñanza de nuevas habilidades. Dejar elegir incrementa la percepción del individuo del lugar de control. La motivación y el compromiso son cuestiones principales que afrontan los niños con autismo; darles criterio de elegibilidad aumenta estas dos características. Recomiendan que cuando se trabaja con niños con TEA es importante entender y ser conscientes de la eficacia de las estrategias para incrementar la participación. (Lough, 2012).

Jolley et al., (2013), realizaron una investigación en donde se utilizó una muestra de 60 niños, de entre 5 y 19 años, divididos en grupos de 15 personas (15 diagnosticados de autismo, y tres grupos control formados por 15 niños con dificultades moderadas de aprendizaje o MLD sin diagnóstico de autismo, y dos agrupados en función de la edad mental verbal o MA y la edad cronológica o CA). La intervención consistía en dibujar dos imágenes (una feliz y otra triste) con la condición de que se viera reflejado en el dibujo, sin límite de tiempo y no estaba permitido mirar el primer dibujo que se había

realizado cuando ya se estaba elaborando el segundo. Los dibujos fueron evaluados en base a tres aspectos: calidad de expresión (medida en una escala de 7 puntos), si incluía contenido en relación a las personas (cuerpos, partes incorpóreas, y personificación) o al tema social de acuerdo al estado de humor solicitado; también se tuvo en cuenta la línea, el color y la composición. Entre los resultados, se estableció una relación significativa entre la calidad de expresión y la edad mental de los niños con autismo pero no con la edad cronológica. Los niños con autismo son capaces de expresar mediante el dibujo igual que el resto de grupos. La mayoría de los niños representaron literalmente la expresión de felicidad y tristeza. Recomendaron el uso de medidas independientes de competencia emocional para investigar la relación entre los daños emocionales experimentados y su expresión en los dibujos que realizan. (Jolley et al., 2013)

Fernández (2016) realizó una investigación cuyo objetivo general fue estimular y acompañar el proceso creativo de un niño en condición de TEA para enriquecer su repertorio de experiencias a través de la manipulación de medios artísticos. Se obtuvieron los siguientes resultados: durante el transcurso de la terapia se observaron diversos cambios comportamentales atribuidos principalmente por las variaciones en su rutina, que gracias al establecimiento del setting terapéutico se pudieron contener logrando incidir en su autorregulación. El espacio organizado por medio de la estructura de la sesión (inicio, desarrollo, cierre) se instauró a partir de la necesidad manifestada por el niño por adherirse a una estructura conocida, que sumado a las características de espacio (metodología no-directiva) favoreció el establecimiento y fortalecimiento del vínculo terapéutico. El arteterapeuta debe conocer, observar y comprender el funcionamiento de cada sujeto que atiende, su modo de acceder a sus esquemas e intervenir a partir de éstos. La comprensión y receptividad del terapeuta favorece el clima terapéutico y ayuda a instaurar un vínculo positivo, de confianza y aceptación, lo cual brinda un mejor desarrollo de la terapia. (Fernández, 2016).

El TEA aparece en la infancia y tiende a persistir hasta la adolescencia y la edad adulta. En la mayoría de los casos se manifiesta en los primeros 5 años de vida. Los afectados por TEA presentan a menudo afecciones comórbidas, como epilepsia, depresión, ansiedad y trastorno de déficit de atención e hiperactividad. El nivel

intelectual varía mucho de un caso a otro, y va desde un deterioro profundo hasta casos con aptitudes cognitivas altas. (OMS, 2019).

La Arteterapia proporciona la oportunidad de expresión y comunicación no verbal para solucionar conflictos emocionales, así como para fomentar la autoconciencia y desarrollo personal. Se trata de utilizar el arte como vehículo para la psicoterapia, ayudar al individuo a encontrar una relación más compatible entre su mundo interior y exterior. (Asociación Americana de Arteterapia. 2013)

En diferentes partes del mundo: Inglaterra, EE.UU. (Carolina del Norte), Alemania y Japón, se están realizando actualmente investigaciones sobre Arteterapia orientada a personas diagnosticadas con Autismo, con muy buenos resultados y un esperanzador futuro. En España existe un centro en Burgos, que se ha dedicado a desarrollar la expresión artística como medio de ayuda y expresividad para estos niños, llegando a realizar dos grandes exposiciones de los trabajos realizados en el Centro por toda Europa (Fernández, 2016).

1.2 Trastornos de Espectro Autista

El Trastorno de Espectro Autista (TEA), es un trastorno del desarrollo que afecta principalmente a tres dimensiones: la interacción social, la comunicación y la flexibilidad de intereses y conductas.

El término “autismo” proviene de la palabra griega eafismo, que significa encerrado en uno mismo; este término fue introducido en el campo de la psicopatología por el psiquiatra suizo Eugen Bleuler en 1910 para referirse a uno de los síntomas de la esquizofrenia. Bajo este punto de vista “el síntoma autista” consiste en una separación de la realidad externa, concomitante a una exacerbación patológica de la vida interior (Cuxart, 2000, p.11, citado por Fernández, 2016).

Mulas et al (2010), definen el TEA como un grupo de alteraciones del neurodesarrollo que afectan de manera global distintas funciones cerebrales superiores del individuo, como la inteligencia, la capacidad del lenguaje y la interacción social. Además suele presentarse a edades muy tempranas, normalmente antes de los 3 años, con una frecuencia mayor en niños de 4 a 5 veces que en niñas. A pesar de esto, las

niñas suelen tener asociado una discapacidad intelectual mayor. (American Psychiatric Association, 2000).

“El Trastorno de Espectro Autista es una expresión atípica del desarrollo humano sujeta a cambios dinámicos e interactivos, fruto de la interacción multidireccional entre genética, cerebro, cognición, entorno y conducta. Es un trastorno del neurodesarrollo que se expresa de manera conductual de forma variable dentro de un amplio espectro, con menor o mayor grado de afectación, manifestándose durante los tres primeros años de vida” (Ministerio de Educación Perú, 2013, p.11).

Fernández, (2016), menciona que el trastorno del espectro autista también conocido como TEA, ha despertado especial interés desde que fue descrito por primera vez en 1943 por el médico vienés Leo Kanner, lo que ha suscitado progresivamente gran cantidad de investigaciones en torno a este enigmático trastorno. Ravelo (2016), destacó entre las características del TEA las siguientes:

- Incapacidad para desarrollar interacciones sociales.
- Aislamiento extremo del entorno.
- Alteración profunda del lenguaje.
- Necesidad de estabilidad en el entorno.

López, Rivas y Taboada (2009) lo definen como “Trastorno neuropsicológico de curso continuo asociado, frecuentemente, a retraso mental, con su inicio anterior a los tres años de edad, que se manifiesta con una alteración cualitativa de la interacción social y de la comunicación así como con unos patrones comportamentales restringidos, repetitivos y estereotipados con distintos niveles de gravedad”. (p.3)

Según González (2015), el Trastorno de espectro autista puede variar mucho de una persona a otra y se caracteriza por presentar un retraso o alteración del desarrollo principalmente en tres dimensiones que constituyen la tríada de Wing (1979) y que son las siguientes:

- Interacción social: presentan dificultades para relacionarse con las personas que lo rodean, así como para compartir sus pensamientos, sus intereses y sus puntos de vista. Además, les cuesta comprender las normas sociales y las emociones de otras personas, lo que dificulta su participación en conversaciones y actividades.

- Comunicación verbal y no verbal: presentan dificultades para entender a los demás y para expresar lo que quieren, ya que suelen utilizar pocas palabras e incluso a veces repiten lo que les dicen. Además, tienen un contacto visual limitado durante la conversación que unido a la limitación de expresiones faciales y gestuales, dificulta la posibilidad de mantener una conversación.

- Flexibilidad de intereses y de conducta: presentan una dificultad para adaptarse a los cambios, por lo que necesitan un ambiente inamovible donde puedan mantener sus rutinas. Además, sus intereses se caracterizan por su intensidad ya que se centran en ello, olvidando el resto. Asimismo, las actividades realizadas pueden ser repetitivas y poco imaginativas, y pueden realizar movimientos estereotipados con su cuerpo. (págs. 14,15)

1.2.1 TEA según el DSM-V

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (2013), también conocido como DSM-5, establece una clasificación de los trastornos del espectro del autismo

Trastorno del espectro del autismo 299.00 (F84.0)

A. Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos, manifestado por lo siguiente, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos pero no exhaustivos):

1. Las deficiencias en la reciprocidad socioemocional, varían, por ejemplo, desde un acercamiento social anormal y fracaso de la conversación normal en ambos sentidos pasando por la disminución en intereses, emociones o afectos compartidos hasta el fracaso en iniciar o responder a interacciones sociales.

2. Las deficiencias en las conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social, varían, por ejemplo, desde una comunicación verbal y no verbal poco integrada pasando por anomalías del contacto visual y del lenguaje corporal o deficiencias de la comprensión y el uso de gestos, hasta una falta total de expresión facial y de comunicación no verbal.

3. Las deficiencias en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones, varían, por ejemplo, desde dificultades para ajustar el comportamiento en

diversos contextos sociales pasando por dificultades para compartir juegos imaginativos o para hacer amigos, hasta la ausencia de interés por otras personas.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad se basa en deterioros de la comunicación social y en patrones de comportamientos restringidos y repetitivos (véase la Tabla 2).

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

1. Movimientos, utilización de objetos o habla estereotipados o repetitivos (p. ej., estereotipias motoras simples, alineación de los juguetes o cambio de lugar de los objetos, ecolalia, frases idiosincrásicas).

2. Insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad de rutinas o patrones ritualizados de comportamiento verbal o no verbal (p. ej., gran angustia frente a cambios pequeños, dificultades con las transiciones, patrones de pensamiento rígidos, rituales de saludo, necesidad de tomar el mismo camino o de comer los mismos alimentos cada día).

3. Intereses muy restringidos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad o foco de interés (p. ej., fuerte apego o preocupación por objetos inusuales, intereses excesivamente circunscritos o perseverantes).

4. Hiper- o hiporeactividad a los estímulos sensoriales o interés inhabitual por aspectos sensoriales del entorno (p. ej., indiferencia aparente al dolor/temperatura, respuesta adversa a sonidos o texturas específicos, olfateo o palpación excesiva de objetos, fascinación visual por las luces o el movimiento).

Especificar la gravedad actual:

La gravedad se basa en deterioros de la comunicación social y en patrones de comportamientos restringidos y repetitivos.

C. Los síntomas han de estar presentes en las primeras fases del período de desarrollo (pero pueden no manifestarse totalmente hasta que la demanda social supera las capacidades limitadas, o pueden estar enmascarados por estrategias aprendidas en fases posteriores de la vida).

D. Los síntomas causan un deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento habitual.

E. Estas alteraciones no se explican mejor por la discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o por el retraso global del desarrollo. La discapacidad intelectual y el trastorno del espectro del autismo con frecuencia coinciden; para hacer diagnósticos de comorbilidades de un trastorno del espectro del autismo y discapacidad intelectual, la comunicación social ha de estar por Nota: A los pacientes con un diagnóstico bien establecido según el DSM-IV de trastorno autista, enfermedad de Asperger o trastorno generalizado del desarrollo no especificado de otro modo, se les aplicará el diagnóstico de trastorno del espectro del autismo. Los pacientes con deficiencias notables de la comunicación social, pero cuyos síntomas no cumplen los criterios de trastorno del espectro del autismo, deben ser evaluados para diagnosticar el trastorno de la comunicación social (pragmática).

Especificar si:

Con o sin déficit intelectual acompañante

Con o sin deterioro del lenguaje acompañante

Asociado a una afección médica o genética, o a un factor ambiental conocidos (Nota de codificación: Utilizar un código adicional para identificar la afección médica o genética asociada.)

Asociado a otro trastorno del desarrollo neurológico, mental o del comportamiento (Nota de codificación: Utilizar un código(s) adicional(es) para identificar el trastorno(s) del desarrollo neurológico, mental o del comportamiento asociado[s].)

Con catatonía (véanse los criterios de catatonía asociados a otro trastorno mental; para la definición, véanse las págs. 65–66). (Nota de codificación: Utilizar el código adicional 293.89

[F06.1] catatonía asociada a trastorno del espectro del autismo para indicar la presencia de la catatonía concurrente).

Procedimientos de registro

Para el trastorno del espectro autista que está asociado a una afección médica o genética conocida, a un factor ambiental o a otro trastorno del desarrollo neurológico,

mental, o del comportamiento, se registrará el trastorno del espectro del autismo asociado a (nombre de la afección, trastorno o factor) (p. ej., trastorno del espectro de autismo asociado al síndrome de Rett). La gravedad se registrará de acuerdo con el grado de ayuda necesaria para cada uno de los dominios psicopatológicos de la Tabla 2 (p. ej., “necesita apoyo muy notable para deficiencias en la comunicación social y apoyo notable para comportamientos restringidos y repetitivos”). A continuación, se debe especificar “con deterioro intelectual acompañante” o “sin deterioro intelectual acompañante”. Después se hará constar la especificación del deterioro del lenguaje. Si existe un deterioro del lenguaje acompañante, se registrará el grado actual de funcionamiento verbal (p. ej., “con deterioro del lenguaje acompañante-habla no inteligible” o “con deterioro del lenguaje acompañante-habla con frases”). Si existe catatonía, se registrará por separado “catatonía asociada a trastorno del espectro del autismo.” (DSM-V, 2013).

1.2.3. Tratamientos del Trastorno del Espectro Autista

Debido a la ausencia de un tratamiento curativo para los trastornos del espectro autista, son muchas las investigaciones que se han generado y muchas las opciones que se tienen hoy en día como alternativas de tratamiento, contando unas con mayor evidencia científica que otras. La elección del tratamiento adecuado para el TEA es un tema controvertido que hace dudar a familiares y profesionales.

Según Fuentes-Biggi, J, Ferrari-Arroyo, et al. (2006). En su guía de buena práctica para el tratamiento de los trastornos del espectro autista, dividen los principales tratamientos en: biomédicos, sistemas aumentativos de la comunicación, tratamientos psicoeducativos y psicológicos, tratamientos sensoriomotrices y terapias asistidas por animales.

1.2.3.1. Tratamientos biomédicos.

Estos tratamientos, persiguen potenciar el beneficio que la persona va a obtener de otros tratamientos educativos o conductuales y mejorar su calidad de vida y la de su familia. Hay medicamentos que han demostrado su eficacia para determinados

problemas, edades y tipos de TEA. Sin embargo, existen también tratamientos farmacológicos cuyo uso resulta controvertido y que generalmente se apoyan en investigaciones metodológicamente débiles. Es fundamental considerar siempre la aparición de efectos nocivos, la interacción con otros medicamentos y el efecto a largo plazo, especialmente en pacientes muy jóvenes. (Fuentes-Biggi, J et al., 2006).

Medicamentos psicotrópicos. Los psicofármacos han mostrado su eficacia en pacientes con TEA ya que estos trastornos están acompañados de otros como déficit de atención, hiperactividad, obsesiones y compulsiones, trastornos del sueño, agresividad, comportamientos autolesivos, los cuales dificultan las tareas educativas y de otras terapias. Fuentes-Biggi, J et al., (2006), señalan que dentro de los más usados a nivel mundial se encuentran: antipsicóticos atípicos (Antagonistas de la serotonina y la dopamina), inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, estimulantes (metilfenidato), estimulantes adrenérgicos (clonidina), naltrexona, (antagonista opiáceo), melatonina y medicamentos antiepilépticos entre otros.

Otras terapias biomédicas. Existen otros tratamientos con enfoque biomédico como la aplicación de Secretina, que es una hormona duodenal que estimula la secreción pancreática con lo que facilita la digestión, se basa en la hipótesis de que una mala absorción intestinal permitiría el paso excesivo de determinados péptidos lesivos para el sistema nervioso central. También existen tratamientos basados en vitaminas y suplementos dietéticos, así como dietas libres de gluten y caseína. Los tratamientos con quelantes enfocados a la desintoxicación del organismo de metales pesados, aunque polémicos también se están utilizando, así como la inmunoterapia y la terapia sacrocraneal que consiste en la manipulación por compresión y tracción de las estructuras óseas del cráneo columna y pelvis. (Fuentes-Biggi, J et al., 2006).

1.2.3.2. Tratamientos Sensoriomotrices.

Dentro de este tipo de terapias sobresale la de integración sensorial. Según Fuentes-Biggi, J et al., (2006). Esta terapia se creó para favorecer la integración sensorial en

pacientes con problemas de aprendizaje. La teoría subyacente plantea que estos niños y niñas no procesan adecuadamente los estímulos táctiles, vestibulares y propioceptivos, lo que llevaría a una deficiente integración de éstos en el cerebro. Consiste en hacer que los participantes en una sesión de juego dirigido, realicen ciertos ejercicios y movimientos o reciban ciertos estímulos con el fin de ayudarlos a integrarlos y procesarlos adecuadamente.

1.2.3.3 Sistemas Aumentativos de la Comunicación (SAAC).

Los sistemas aumentativos de comunicación (SAAC), son sistemas no verbales de comunicación que se emplean para fomentar, complementar o sustituir el lenguaje oral. Estos sistemas utilizan objetos, fotografías, dibujos, signos, o símbolos (incluidas letras o palabras) apoyándose en sistemas simples o en aparatos productores de sonidos. Fuentes-Biggi, J et al., (2006).

1.2.3.4 Tratamientos Psicoeducativos y Psicológicos.

Siguiendo la clasificación que realiza Fuentes-Biggi, J et al., (2006). Se incluyen en este apartado todas las terapias que aplican los principios de modificación de conducta y las técnicas basadas en las teorías del aprendizaje como las principales herramientas de enseñanza. Bajo este epígrafe se incluyen Applied Behaviour Analysis (ABA), Intensive Behaviour Intervention (IBI), Early Intensive Behaviour Intervention (EIBI), Early Intervention Project (EIP), early intervention, Discrete Trial Training (DTT), Lovaas therapy, UCLA model, home-based behavioural intervention, parent managed or mediated home based behavioural intervention.

Terapia Cognitivo Conductual. La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) se caracteriza por ser un método activo y directivo. En esta terapia el paciente y terapeuta trabajan en forma conjunta y estructurada, con tareas que se realizan fuera de sesión (Gabalda, 2007). Utiliza técnicas tanto conductuales como cognitivas en diferentes

combinaciones según la sintomatología a abordar: relajación y respiración, entrenamiento autógeno, reestructuración cognitiva, exposición en vivo y diferida, detención del pensamiento, resolución de problemas, entre otras (Gabalda, 2007). Este modelo propone que todas las perturbaciones psicológicas tienen en común una distorsión del pensamiento, que influye en el estado de ánimo y en la conducta de los pacientes. Una evaluación realista y la consiguiente modificación del pensamiento producen una mejoría en esos estados de ánimo y comportamientos. Esta mejoría permanente resulta de la modificación de las creencias disfuncionales subyacentes (Beck, 2000).

Algunas de las características más destacadas del modelo según Pagés y Gómez (2007, citado por Fernández-Álvarez, 2011) son:

- Está centrado en el presente, en el problema o acontecimiento y en su solución.
- Se basa en el sistema de creencias y sus consecuencias emocionales o conductuales.
- Éste enfatiza la colaboración y la participación activa del paciente y del terapeuta.
- Se educa al paciente a ser su propio terapeuta utilizando sus propios recursos psicológicos.
- Es efectivo previniendo las recaídas.
- Es estructurado y limitado en un tiempo determinado de tratamiento.

El objetivo de los tratamientos cognitivos en niños no consiste en reemplazar sus pensamientos por pensamientos positivos, sino en ayudarlos a identificar y cuestionar su pensamiento negativo (Gabalda, 2007).

Psicoterapias Expresivas.

Estas técnicas se proponen como una terapia que aporta un marco de relación o mediador entre el paciente y el terapeuta, lo que facilita la expresión de emociones y la apertura de canales de comunicación. Entre otras, destacan la musicoterapia y el arteterapia.

1.3. Arteterapia

El Arteterapia en sus inicios formaba parte de las terapias ocupacionales, pero no es hasta los años 40 cuando el artista Adrián Hill (1942) tras una larga convalecencia acuña este término “Art Therapy” al proceso en el que observa una mejora emocional en sí mismo y en el resto de los pacientes con la práctica de actividades artísticas. (Ravelo, 2016).

El origen del Arteterapia tal y como la conocemos hoy en día fue la terapia ocupacional. No es hasta los años 40 cuando dicho término evoluciona a Arteterapia como forma de trabajo que conlleva el uso de técnicas y materiales artísticos para trabajar con personas que comparten algún tipo de trastorno, discapacidad o dificultad. Existen cuatro terapias artísticas reconocidas: Dramaterapia (DT), Danza-Movimiento-Terapia (DMT), Musicoterapia (MST) y Arte Terapia (AT). El Arte Terapia, también conocida por Psicoterapia por el Arte, incluye los medios artísticos propios de las artes visuales como la pintura, el dibujo, el grabado, la fotografía, el video, el performance, la escultura, la instalación, el trabajo tridimensional, la narrativa ligada a la imagen, entre otros, como lenguaje terapéutico. Marinovic (1994).

Para Klein (2008), el arteterapia es el encuentro entre dos proyectos, uno artístico y el otro terapéutico. Se trata de un acompañamiento a personas con dificultades sociales, psicológicas, físicas, educativas, existenciales, a través de sus producciones artísticas, de tal manera que el trabajo realizado a partir de sus creaciones genere un proceso de transformación de sí misma y le ayude a integrarse en sus grupos de referencia social, de una manera crítica y creativa.

Marinovic (2003, citado por Fernández, 2016), señala que el arteterapia es una especialización profesional de servicio humano, que utiliza diversos medios artísticos y los procesos creativos con fines terapéuticos, educativos, de prevención, rehabilitación y desarrollo personal.

Marxen (2009), define “el arteterapia como una técnica terapéutica en la que el paciente puede comunicarse con los materiales artísticos, los cuales facilitan la expresión y la reflexión” (p.13)

“El arteterapia brinda un medio de comunicación no verbal y alternativa a aquellas personas cuya utilización del lenguaje o comprensión de las palabras es parcial o inexistente”. (Garrote y Palomares, 2014, p. 211).

Según Fernández (2003, citado por Ravelo 2016), la expresión plástica ya se utiliza como instrumento didáctico, pero “debemos utilizar el dibujo como expresión sólo cuando existe una interacción, es decir, cuando está orientado hacia los demás, como sucedería en caso de la comunicación verbal, una persona no puede comunicarse si no existen otras con las que hacerlo, de esta forma se expresará mediante el dibujo teniendo en cuenta a los demás”. (p. 146)

El arteterapia señala momentos de reflexión, se anida en un espacio suspendido, las emociones que el sujeto hace aflorar, acompaña al que crea y ayuda a que la reflexión de lo visible y de lo palpable surja, así como también de lo invisible y de lo impalpable. Despliega un tiempo creador y reflexivo, un tiempo estético donde se funden las emociones, las experiencias, la necesidad de saber de uno y la necesidad de saber del mundo. Un tiempo marcado por la creación, que articula repetición y cambio, atenta al cambio pero también a la repetición, a aquella sintomática y aquella reparadora. El arteterapia ocurre en un espacio de posibilidades, por ello espacio potencial, donde todo está por ocurrir de la mano de nuestra mano que pinta, esculpe, fotografía o moldea. Ocurre en un espacio y un tiempo fuera del espacio y el tiempo, pero paradójicamente ligado a ambos, está ligado a la vida (López y Martínez, 2006, p.16, citado por Fernández, 2016).

Martínez (2006, citado por Fernández, 2016), menciona que “las personas con autismo necesitan un tipo de relación mediada por objetos, imágenes, materiales plásticos y procesos artísticos para intermediar en las áreas socio-afectivas, imaginativas y comunicativas afectadas por el trastorno”. Hace especial énfasis en que el arteterapeuta debe estimular a que los niños con TEA exploren su imaginación a través de una variedad de materiales artísticos, considerando que el proceso artístico trae beneficios directos sobre el bienestar emocional, les capacita el desarrollo de la imaginación y el juego, no siendo necesario llegar a un producto final. (p.74)

El arteterapia proporcionaría una oportunidad de participación, expresión y comunicación no verbal para aquellas personas que presentan dificultades para

interactuar con el medio circundante, conformando y brindando un espacio en donde se valore, comprenda y respete sus propias particularidades, dejando actuar al sujeto a favor de su crecimiento y desarrollo personal, ofreciendo una nueva manera de vincularse. (Fernández, 2016).

Recio (2013), afirma que el arteterapia se diferencia de otras técnicas terapéuticas por la importancia del proceso creativo, de la transformación de los materiales artísticos y del resultado de todo este proceso como una forma de aproximación a los conflictos internos del paciente. También explica que es una técnica que usa el proceso creativo, en la que el paciente debe encontrar el equilibrio entre aquello que quiere hacer y lo que puede llegar a hacer con el material, encontrándose con la ley de la materia y teniendo que afrontarla.

El reto del Arteterapia será encontrar la mejor manera para ayudar a cada persona a comprenderse a sí mismo a través de relacionarse propiamente con su creación. Pudiendo ocurrir tanto verbalmente cuando son capaces de hablar o escribir sobre la experiencia despertando sentimientos o ideas o a través del lenguaje no verbal mediante la mirada o movimiento hacia la imagen. Del mismo modo, pueden ocurrir de ambas maneras, lo cual significaría un reto creativo constante. (Rubín 2010).

Uno de los elementos a considerar en la planificación de un programa de Arteterapia es el setting. También es llamado encuadre de las sesiones y recoge la relación que debe establecerse entre el arte terapeuta y el sujeto. Nos referimos a un elemento fundamental en la Arteterapia.

De acuerdo con Ramos (s.f. citado por Duran, 2010) afirma que el setting se hará posible con los siguientes puntos:

- La contención y la elaboración de ansiedades y de sentimientos poderosos.
- El desarrollo de un proceso artístico.
- El desarrollo de una relación significativa.
- La exploración e interpretación de nuestros pensamientos.

El Arte Terapia brinda un medio de comunicación no verbal y una alternativa para aquellas personas cuya utilización del lenguaje o comprensión de las palabras es

parcial o inexistente. Lo más importante en el Arte Terapia es la persona y el proceso. (Fernández, 2003)

Naumburg (1966, citado por Fernández 2003), pensaba en el arte como una forma de discurso simbólico básico a toda la educación y se convenció que “la expresión de arte espontánea también era básica al tratamiento de la psicoterapia” (p. 30)

El Arteterapia proporciona la oportunidad de expresión y comunicación no verbal, por un lado mediante la implicación para solucionar conflictos emocionales como para fomentar la autoconciencia y desarrollo personal. Se trata de utilizar el arte como vehículo para la psicoterapia, ayudar al individuo a encontrar una relación más compatible entre su mundo interior y exterior. (AATA, 2013)

Algunos de los beneficios que aporta el Arteterapia a personas que padecen TEA recopilados en el XII Congreso de AETAPI (2009) son los siguientes:

- El arte ofrece una oportunidad para la comunicación a aquellas personas que carecen de habilidades comunicativas verbales.
- Los materiales les permiten una experiencia multisensorial.
- La acción de realizar cualquier manifestación artística le proporciona al sujeto la experimentación del movimiento y el reconocimiento de las formas en el espacio.
- Permite una comunicación menos intensa entre el profesional y la persona autista, ya que utiliza los objetos, fotos y materiales como vehículo comunicativo.
- Tiene beneficios terapéuticos dado que proporciona oportunidades de éxito debido a que no hay forma errónea de realizar arte, lo que puede influir en la autoestima y en el control de las emociones.
- Las actividades artísticas fomentan el desarrollo de la imaginación y la creatividad lo que beneficia otros factores como la capacidad de juego.
- Los beneficios del arte no se logran al final del proceso sino durante la realización del mismo, sin ser relevante llegar a un objetivo final. (p.3)

1.3.1. Arteterapia y autismo

Núñez (2004) señala que el arteterapia propone a la persona con autismo un “tipo de relación” mediada por objetos, imágenes, materiales plásticos y procesos artísticos cuyos objetivos están orientados a intervenir en las áreas socio-afectivas, comunicativas e imaginativas afectadas por el trastorno. Entre sus beneficios se pueden mencionar:

- El medio artístico proporciona una herramienta capaz de comunicar a niveles no verbales.
- Los materiales pueden ser explorados a través de sus cualidades sensoriales: visuales, táctiles, sonoras, olfativas.
- El acto de dibujar o realizar cualquier tipo de actividad artística permite al individuo experimentar sensaciones físicas del movimiento y explorar el espacio de las formas representadas.
- La presencia física de los materiales, objetos e imágenes facilita que la persona con TEA interactúe con el terapeuta de una forma menos directa de la que se puede plantear en una situación verbal.
- Los procesos artísticos pueden afectar a la autoestima y calmar frustraciones ya que proporcionan oportunidades de éxito: no hay forma errónea de manipular los materiales en una actividad artística, siempre que no se usen para destruirse a uno mismo, al terapeuta o al espacio.
- Los procesos artísticos proporcionan experiencias de cambio y transformación. Es muy difícil realizar dos obras plásticas literalmente iguales.
- Los procesos artísticos capacitan el desarrollo de la imaginación y capacidades de juego.
- El uso en sí mismo de los materiales artísticos proporciona un beneficio a la persona, no necesariamente se ha de llegar a la manufactura de un producto final.

Ventura (2015, citado por Fernández 2016) señala que los beneficios terapéuticos de la arteterapia en niños con TEA son los siguientes:

- El uso de la comunicación no verbal mediante el arte impulsa a los niños con autismo a representar y comunicar sus experiencias.

- Incrementar la habilidad del niño para regular su cuerpo e integrar experiencias sensoriales.
- Incrementa significativamente sus habilidades sociales en un contexto grupal.
- El proceso creativo se puede utilizar para impulsar la flexibilidad cognitiva, pensamiento abstracto, motricidad fina y gruesa, imaginación y enriquecimiento de los canales de comunicación. (p.34)

1.3.2. Arteterapia cognitivo conductual.

El arteterapia de orientación cognitivo-conductual suele ser más directiva y se adapta a terapias breves. Busca que sus resultados sean medibles de manera objetiva y replicables. El proceso creativo implicado en la creación artística pone de manifiesto la forma en que los seres humanos interpretamos y procesamos la información que reciben nuestros sentidos y se expresa de acuerdo a la subjetividad de cada individuo.

La mayoría de arteterapeutas de orientación cognitivo conductual han tratado de combinar los medios plásticos y visuales con las técnicas clásicas de esta terapia como por ejemplo las técnicas de relajación y visualización guiada de imágenes, desensibilización sistemática y exposición en vivo, flooding, ensayo conductual, problem-solving, externalización de procesos internos, registro y evaluación de los estados mentales, (López, 2015).

Rosal (2001 citado en López, 2015) ha utilizado la visualización guiada de imágenes con población adulta que padece trastornos de ansiedad y con niños con problemas de conducta. Reynolds (1999 citado en López, 2015) ha realizado tratamientos exitosos que incluyen la implosión a la visualización de imágenes y la desensibilización sistemática. Según esta autora, concretar plásticamente miedos y fobias puede ayudar a los niños a crear estrategias eficaces, a la hora de enfrentarse a situaciones reales que les provoquen estas emociones. En su técnica de desensibilización sistemática y flooding los pacientes construyen un tapiz a partir de una fotografía que contenga una gran carga emotiva para la persona que se encuentra en estado de duelo y no consiga mirar la imagen sin sentir una inmensa tristeza. Según Reynolds (1999) el

hecho de mirar con asiduidad la imagen mientras se confecciona el tapiz con ayuda de otras personas en la misma situación ha logrado reconfortar a los pacientes y acelerar las fases del proceso de duelo.

Las técnicas en vivo y los ensayos conductuales han funcionado muy bien al mezclarse con las técnicas de arteterapia para el tratamiento de agresores sexuales y adultos violentos. Los participantes trabajan en sesiones grupales y tratan de crear situaciones sociales con los materiales visuales y plásticos (marionetas, máscaras, ideos, objetos encontrados), dentro de este contexto se pueden recrear las situaciones violentas, las cuales se hablan con el arteterapeuta y se discuten con el grupo. Rosal, Ackerman-Haswell y Johnson (1996 citado en López, 2015).

La técnica del Problem Solving junto con el retrato y la recreación de situaciones personales también ha dado buenos resultados en el trabajo con niños y adolescentes, buscando que exterioricen por medio de los dibujos las situaciones problemáticas de su vida. Rosal, (1996 citado en López, 2015).

“La combinación de los medios artísticos y los métodos cognitivo-conductuales en un encuadre arteterapéutico, deja abierto un amplio abanico de posibilidades terapéuticas. La realización de actividades artísticas activa, potencia y registra como cada persona hace uso de sus percepciones, de su imaginación, creatividad, sentimientos, de qué manera ha ido construyendo sus significados, creencias y valores. Todos ellos modelos cognitivos que se van modelando en la interacción con el entorno, a lo largo de su existencia. Este hecho enriquece y complementa las técnicas cognitivo-conductuales, facilitando la resolución de problemas de forma rápida y efectiva” (López, 2015 p, 221).

El arteterapia ofrece grandes aportes a los procesos cognitivos que Marinovic, (1994) resume de la siguiente forma:

- Desarrolla el lenguaje simbólico que actúa como medio de expresión no verbal.
- Enriquece la capacidad perceptiva; activa la atención, la memoria, discriminación, interrelación, promueve la orientación espacial, el equilibrio y la proporción.
- Estimula el potencial creativo; permite recrear lo pasado, actualizar el presente y anticipar lo futuro, favorece la flexibilidad del pensamiento.

- Permite desarrollar destrezas y habilidades motoras.
- Genera tensiones específicas en el organismo, que combina con otras ya existentes y facilitan un alivio común que es placentero.
- Promueve la expresión emocional y la empatía, puede reforzar la autoconfianza y mejorar la autoestima.
- Permite integrar sentimientos contradictorios, vivencias irracionales e infantiles y situaciones desaprobadas socialmente.
- Satisface intereses humanos como los de autoexpresión y creación, conocimiento e información, logro, reconocimiento, juego y ritual.

1.4. Riesgo social.

El riesgo tradicionalmente es relacionado con la probabilidad de ocurrencia de factores negativos que afectan una entidad. Este concepto es ampliamente utilizado en la economía al hablar de riesgos financieros, sin embargo, para este trabajo el riesgo lo asociamos exclusivamente a las variaciones en la calidad de vida de las personas, de donde nos surge el concepto de riesgo social y vulnerabilidad social.

Según Castela, Eriz, Massot y Thomasz (2014) mientras que las situaciones de reducción de bienestar son captadas por indicadores estáticos de pobreza y necesidades básicas insatisfechas, entre otros. Las posibilidades de que esto ocurra no son contempladas en estos indicadores por lo que sugieren introducir un concepto más amplio y dinámico como es el de vulnerabilidad social.

La vulnerabilidad social es definida como una situación latente caracterizada por la convergencia de circunstancias que aumentan la probabilidad de las personas y hogares de sufrir contingencias que disminuyan dramáticamente su bienestar. Es un concepto multidimensional que busca identificar factores que refuerzan la reproducción de procesos que deterioran el nivel de vida de hogares e individuos (Castela, Eriz, Massot y Thomasz 2014). La vulnerabilidad es entendida como combinación de la exposición de los agentes a shocks por un lado y su menor resiliencia a los mismos por otro. Dicha combinación tiende a perpetuar o profundizar los estados de pobreza. A mayor cantidad, calidad y diversidad de los recursos que pueden movilizar los

individuos y hogares para responder a modificaciones de su entorno, menor el nivel de vulnerabilidad (Banco Mundial, 2003).

1.5. Programa de Arteterapia Cognitivo Conductual para niños de 7 a 12 años.

Durante muchos años se ha pensado que el desarrollo sensoriomotor, cognitivo, comunicativo y afectivo, junto con la alimentación equilibrada y la salud, eran los factores fundamentales que debían orientar la educación de los niños pequeños. Sin duda era cierto, y sigue siéndolo, pero no respondía a una visión completa de la evolución de los niños. En los últimos tiempos, la investigación neurocientífica, evolutiva y pedagógica ha destacado que la creatividad y la educación artística, a través de la música, la pintura, el teatro, el canto o el baile, han de formar parte de los ejes fundamentales de un buen proyecto educativo.

Se trata de un programa de Arteterapia con enfoque cognitivo conductual multimodal orientado hacia el desarrollo cognitivo y la interacción social, el cual usa una amplia gama de materiales y técnicas expresivas que van desde el dibujo, la pintura, el moldeado en arcilla y abarca otras técnicas como el psicodrama, el aprendizaje social, las técnicas de relajación, el teatro y el circo, diseñado por el autor de esta investigación específicamente para niños con Trastorno del Espectro Autista, que acuden a la fundación Autism Wave. “Las técnicas usadas en arteterapia van desde las clásicas como el dibujo, la pintura, escultura, hasta las más actuales: collage, fotografía, video, body art, instalaciones, performances, acciones, happening, etc” (López, 2015 p. 250).

Para los niños el arte es un lenguaje natural y una forma de expresar sus pensamientos. “La expresión que se manifiesta es un reflejo del niño en su totalidad. Un niño expresa sus pensamientos, sus sentimientos y sus intereses en los dibujos y pinturas que realiza, y demuestra el conocimiento que posee del ambiente, por medio de su expresión creadora” (Lowenfeld y Lambert 1975 p. 22).

El programa de Arteterapia Cognitivo Conductual para niños de 7 a 12 años, es un plan terapéutico grupal de 8 sesiones con una frecuencia de 1 sesión por semana. Los padres o tutores participaron en todas las sesiones como aliados terapéuticos. El programa incluyó 2 sesiones adicionales; una al inicio, donde se realiza la evaluación

inicial o pre test, junto con el entrenamiento de los padres a través de psicoeducación en el manejo de los niños en las posteriores sesiones terapéuticas y una sesión al final donde se realizó el post test. Además se brindó una retroalimentación a los padres sobre el programa.

En el caso de las actividades plásticas se va desde el dibujo y otras técnicas bidimensionales hasta técnicas tridimensionales como el moldeado en arcilla y la fotografía. En el uso de materiales se parte de elementos concretos y duros para pasar a otros menos sólidos y difíciles de trabajar, complejizando y enriqueciendo con los elementos construidos o desarrollados en las sesiones anteriores

Landgarten (1987 citado en López, 2015) ofrece una clasificación en relación con el nivel de control técnico que permita las propiedades de cada medio plástico y sostiene que de acuerdo con este punto, se puede elevar o bajar el estado afectivo del consultante, influir en su nivel expresión y limitar las barreras psíquicas.

Tabla 1

Clasificación de Landgarten según el nivel de control técnico de cada medio plástico visual.

	Control alto (grado de dificultad baja)	Control medio (grado de dificultad medio)	Control bajo (grado de dificultad alto)
GRÁFICO	Lápiz de grafito	Cera blanda	Carboncillo
	Lápices de colores	Pastel graso	Tinta china
	Plumón		Pastel seco
PICTÓRICO	Temperas	Pintura de dedos	Acuarela
	Pinceles gruesos	Acrílicos	Óleo
		lápices acuareables	Rodillo
		Spray	Espátula
TRIDIMENSIONAL	Plastilina	Cartón	Talla
	Arcilla	Yeso	Gubias
	Pasta de sal	Papel maché	Moldes
		Materiales reciclados	
OTROS	Revistas y papeles para collages	Costura y estampado	Grabado
			Video
			Fotografía
			Ordenadores

Fuente: López, D. (2015 p, 281)

Las sesiones de arteterapia estimulan el desarrollo afectivo, el desarrollo intelectual, el desarrollo físico, el desarrollo perceptivo, el desarrollo social y el desarrollo estético. Según Lowenfeld y Lambert (1975), el dibujo puede llegar a ser una extensión del yo hacia el mundo de la realidad, puesto que empieza a incluir a otros en el análisis de lo subjetivo, el arte es entendido más como una expresión de lo social que una expresión personal.

Con el objetivo de dar estructura a la percepción del mundo de los niños con trastorno del espectro autista, lo estético aparece como medio terapéutico ideal, ya que “la estética puede definirse como el medio de organizar los pensamientos, los sentimientos y las percepciones, en una forma de expresión que sirva para comunicar a otros, estos pensamientos y sentimientos” (Lowenfeld y Lambert 1975 p. 48).

1.5.1. Estructura de las sesiones.

Tradicionalmente en el arteterapia las sesiones se han estructurado en tres fases diferentes: Una introducción, la actividad plástica y un debate en torno a la obra, López, (2015). Autores como Nucho (2003, citado en López, 2015), menciona 4 fases: Unfreezing phase, Doing phase, Dialogue phase y Consolidation phase.

Las sesiones diseñadas por el autor de esta investigación para el programa de arteterapia cognitivo conductual para niños con trastorno del espectro autista están divididas en tres fases basadas en las mencionadas anteriormente por López (2015):

1. Rito de iniciación que es la introducción, 2. Actividad artística que a su vez se divide en una parte de trabajo con materiales plásticos y otra parte de trabajo con ejercicios escénicos y físicos, para finalmente hacer el cierre con técnicas de relajación y 3. Rito de finalización donde se realiza el debate en torno a la obra. Cada sesión tuvo una duración de una hora.

El lugar donde se realizó el programa es la sede de la Fundación Escena Circo, ubicada en la plaza Bolívar del Casco Antiguo, el cuál es un salón amplio de 8 por 8 metros por cada lado y 8 metros de altura aproximadamente, con piso de madera, colchonetas de seguridad para gimnasia, estructura metálica en el techo de donde se anclan los elementos aéreos como telas y trapecios, cuenta con ventilación con abanicos

por lo que normalmente es caluroso. Las sesiones se realizaron de 3 a 4 de la tarde una vez por semana.

El arteterapia de orientación cognitivo conductual intenta ayudar al paciente a identificar y actualizar los significados personales distorsionados, causantes de su malestar y ofrecer nuevas vías en su modificación combinando una serie de técnicas cognitivo-conductuales con el uso de los medios artísticos. Durante el tratamiento arteterapéutico, tanto las conductas como las dimensiones de los significados personales y los procesos cognitivos que las sostienen, son expuestas y contrastadas con la mirada del arteterapeuta y los demás miembros del grupo, modelando y construyendo nuevas valoraciones desde perspectivas diferentes (López, 2015).

Como se mencionó anteriormente este programa ha sido diseñado por el autor de esta investigación, basado en la experiencia personal del trabajo arteterapéutico y el modelo Cognitivo Conductual, de donde se aplicaron las siguientes técnicas:

- Modelamiento de conductas sociales: Por medio de ejercicios basados en el psicodrama y el teatro se muestran las conductas a enseñar como saludar, presentarse, presentar a otros y expresar agradecimiento y felicitaciones a los demás.
- Refuerzo de las conductas de cooperación e interacción social: Por medio de aplausos o de forma verbal en el momento en que ocurran.
- Juego de roles: Construir situaciones específicas para aplicar las habilidades sociales
- Uso de imágenes para la comunicación por parte del terapeuta.
- Uso de imágenes para la expresión de los participantes.
- Identificación y manejo de sentimientos y emociones: Por medio de historietas que representan situaciones, se estimula la metacognición al pedir la interpretación de las emociones de las imágenes
- Imaginación guiada: Mediante técnicas de respiración diafragmática y de relajación.

CAPITULO II
MARCO METODOLÓGICO

2.1 Planteamiento del problema

La vulnerabilidad es definida como una situación latente caracterizada por la convergencia de circunstancias que aumentan la probabilidad de las personas y hogares de sufrir contingencias que disminuyan dramáticamente su bienestar. (Banco Mundial, 2003). Es un concepto multidimensional que busca identificar factores que refuerzan la reproducción de procesos que deterioran el nivel de vida de hogares e individuos. En este sentido, el grado de resiliencia a los mismos para evitar que estos profundicen o activen procesos de empobrecimiento (Banco Mundial, 2003). La vulnerabilidad es entendida como combinación de la exposición de los agentes a shocks por un lado y su menor resiliencia a los mismos por otro, los que pueden derivar a perpetuar o profundizar los estados de pobreza (Banco Mundial, 2003).

Durante muchos años se ha pensado que era el desarrollo sensoriomotor, cognitivo, comunicativo y afectivo, junto con la alimentación equilibrada y la salud, los factores fundamentales que debían orientar la educación de los niños pequeños. Sin duda era cierto, y sigue siéndolo, pero no respondía a una visión completa de la evolución de los niños. En los últimos tiempos, la investigación neurocientífica, evolutiva y pedagógica ha destacado que la creatividad y la educación artística, a través de la música, la pintura, el teatro, el canto o el baile, han de formar parte de los ejes fundamentales de un buen proyecto educativo.

Arteterapia es una profesión de servicios integrales de salud mental y servicios humanos que enriquece la vida de las personas, las familias y las comunidades a través de la creación artística activa, el proceso creativo, la teoría psicológica aplicada y la experiencia humana dentro de una relación psicoterapéutica. (American Art Therapy Association AATA, 2019).

López (2015 citado por Fernández, 2016), señala que “se considera el arteterapia como un proceso dinámico que se apoya principalmente en los medios artísticos y creativos, basados en la manipulación y desarrollo de la imagen por medio del dibujo, la pintura, la escultura, el grabado y, actualmente con más fuerza, en medios de soporte digital como es la fotografía y la imagen filmica”. Sus objetivos están orientados a

favorecer el desarrollo emocional y cognitivo. Sus métodos están diseñados para que la actividad de crear “algo” provoque cambios favorables en la persona promoviendo su crecimiento y participación.

El niño con autismo vive en un mundo de sensaciones y es lo que esta terapia ofrece. Es un lenguaje al que probablemente se llegue con mayor facilidad que al lenguaje de palabras (Recio, 2013).

Núñez (2004) señala que el arteterapia propone a la persona con autismo un “tipo de relación” mediada por objetos, imágenes, materiales plásticos y procesos artísticos cuyos objetivos están orientados a intervenir en las áreas socio-afectivas, comunicativas e imaginativas afectadas por el trastorno.

Basándonos en lo anteriormente señalado, surge el siguiente planteamiento del problema:

¿El Arteterapia contribuirá a mejorar la comunicación e interacción social de niños de 7 a 12 años, diagnosticados con trastorno del espectro autista que viven en condición de riesgo social en la ciudad de Panamá?

2.2 Objetivos de la investigación.

2.2.1 Objetivo General

Evaluar la efectividad de un programa de arteterapia en niños de 7 a 12 años, diagnosticados con trastorno del espectro autista que viven en condición de riesgo social en la ciudad de Panamá.

2.2.2 Objetivos Específicos:

1. Identificar la efectividad de la intervención de arteterapia en niños con Trastorno del Espectro Autista, atendiendo a las mejoras en la comunicación e interacción social.
2. Establecer datos con población panameña sobre la efectividad de un programa de arteterapia para niños con trastorno del espectro autista.

3. Fomentar la creatividad y el talento artístico de los niños que participan en la investigación.
4. Orientar a los padres de los niños con autismo sobre el uso de técnicas cognitivo conductuales de interacción social.
5. Comparar los resultados del pre test y del pos test de la prueba aplicada.

2.3 Preguntas de investigación

1. ¿Qué conductas se presentan en los niños diagnosticados con el Trastorno del Espectro Autista?
2. ¿Qué características presentan en la comunicación los niños diagnosticados con el Trastorno del Espectro Autista?
3. ¿Cómo es la interacción social de los niños diagnosticados con el Trastorno del Espectro Autista?
4. ¿Qué cambios proporciona el programa de intervención en arteterapia en niños diagnosticados con el Trastorno del Espectro Autista?
5. ¿Qué características presentan los niños diagnosticados con el Trastorno del Espectro Autista que viven en condiciones vulnerables?
6. ¿Existe diferencia en la comunicación entre el pre-test y en el pos-test después de la aplicación del programa de arteterapia?
7. ¿Existe diferencia en la interacción social entre el pre-test y en el pos-test después de la aplicación del programa de arteterapia?
8. ¿Contribuye la intervención Psicológica: Programa de arteterapia en el mejoramiento de la comunicación y la interacción social de los niños que participaron en el programa?
9. ¿Se pueden evidenciar cambios en la comunicación e interacción social en los niños que participaron del estudio, antes y después de la intervención?

2.4 Hipótesis de investigación.

2.4.1 Hipótesis conceptual

La aplicación del programa de arteterapia producirá cambios en la comunicación e interacción social en los niños con Trastorno del Espectro Autista después de participar en el programa de intervención

2.4.2 Hipótesis Experimental y Estadística.

Hipótesis N°1

H₀: No existirán diferencias estadísticamente significativas en la escala A Total: Alteraciones cualitativas de la interacción social recíproca de los niños con Trastorno del Espectro Autista que participan en la investigación, en el pre-test y el post-test una vez finalice el programa de intervención en arteterapia

$$H_0: \bar{X}_{ATpretest} = \bar{X}_{ATposttest}$$

H₁: Existirán diferencias estadísticamente significativas en la escala A Total: Alteraciones cualitativas de la interacción social recíproca de los niños con Trastorno del Espectro Autista que participan en la investigación, en el pre-test y el post-test una vez finalice el programa de intervención en arteterapia

$$H_1: \bar{X}_{ATpretest} \neq \bar{X}_{ATposttest}$$

Hipótesis N°2

H₀: No existirán diferencias estadísticamente significativas en la Escala B total: Alteraciones cualitativas de la comunicación de los niños con Trastorno del Espectro Autista que participen en la investigación, en el pre-test y el post-test una vez finalice el programa de intervención en arteterapia

$$H_0: \bar{X}_{ATpretest} = \bar{X}_{ATposttest}$$

H₁: Existirán diferencias estadísticamente significativas en la Escala B total: Alteraciones cualitativas de la comunicación de los niños con Trastorno del Espectro

Autista que participen en la investigación, en el pre-test y el post-test una vez finalice el programa de intervención en arteterapia

$$H_1: \bar{X}_{ATpretest} = \bar{X}_{ATposttest}$$

Hipótesis N°3

H₀: No existirán diferencias estadísticamente significativas en la sub escala A1: Incapacidad para utilizar conductas no verbales en la regulación de la interacción social de los niños con Trastorno del Espectro Autista que participan en la investigación, en el pre-test y el post-test una vez finalice el programa de intervención en arteterapia

$$H_0: \bar{X}_{ATpretest} = \bar{X}_{ATposttest}$$

H₁: Existirán diferencias estadísticamente significativas en la sub escala A1: Incapacidad para utilizar conductas no verbales en la regulación de la interacción social de los niños con Trastorno del Espectro Autista que participan en la investigación, en el pre-test y el post-test una vez finalice el programa de intervención en arteterapia

$$H_1: \bar{X}_{ATpretest} = \bar{X}_{ATposttest}$$

Hipótesis N°4

H₀: No existirán diferencias estadísticamente significativas en la sub escala A2: Incapacidad para desarrollar relaciones con sus iguales de los niños con Trastorno del Espectro Autista que participan en la investigación, en el pre-test y el post-test una vez finalice el programa de intervención en arteterapia

$$H_0: \bar{X}_{ATpretest} = \bar{X}_{ATposttest}$$

H₁: Existirán diferencias estadísticamente significativas en la sub escala A2: Incapacidad para desarrollar relaciones con sus iguales de los niños con Trastorno del Espectro Autista que participan en la investigación, en el pre-test y el post-test una vez finalice el programa de intervención en arteterapia

$$H_1: \bar{X}_{ATpretest} = \bar{X}_{ATpostest}$$

Hipótesis N°5

H₀: No existirán diferencias estadísticamente significativas en la sub escala A3: Falta de goce o placer compartido de los niños con Trastorno del Espectro Autista que participan en la investigación, en el pre-test y el post-test una vez finalice el programa de intervención en arteterapia

$$H_0: \bar{X}_{ATpretest} = \bar{X}_{ATpostest}$$

H₁: Existirán diferencias estadísticamente significativas en la sub escala A3: Falta de goce o placer compartido de los niños con Trastorno del Espectro Autista que participan en la investigación, en el pre-test y el post-test una vez finalice el programa de intervención en arteterapia

$$H_1: \bar{X}_{ATpretest} = \bar{X}_{ATpostest}$$

Hipótesis N°6

H₀: No existirán diferencias estadísticamente significativas en la sub escala A4: Falta de reciprocidad socio-emocional de los niños con Trastorno del Espectro Autista que participan en la investigación, en el pre-test y el post-test una vez finalice el programa de intervención en arteterapia

$$H_0: \bar{X}_{ATpretest} = \bar{X}_{ATpostest}$$

H₁: Existirán diferencias estadísticamente significativas en la sub escala A4: Falta de reciprocidad socio-emocional de los niños con Trastorno del Espectro Autista que participan en la investigación, en el pre-test y el post-test una vez finalice el programa de intervención en arteterapia

$$H_1: \bar{X}_{ATpretest} = \bar{X}_{ATpostest}$$

Hipótesis N°7

H₀: No existirán diferencias estadísticamente significativas en la sub escala B1: Falta o retraso del lenguaje hablado e incapacidad para compensar esta falta mediante gestos de los niños con Trastorno del Espectro Autista que participan en la investigación, en el pre-test y el post-test una vez finalice el programa de intervención en arteterapia

$$H_0: \bar{X}_{ATpretest} = \bar{X}_{ATpostest}$$

H₁: Existirán diferencias estadísticamente significativas en la sub escala B1: Falta o retraso del lenguaje hablado e incapacidad para compensar esta falta mediante gestos de los niños con Trastorno del Espectro Autista que participan en la investigación, en el pre-test y el post-test una vez finalice el programa de intervención en arteterapia

$$H_1: \bar{X}_{ATpretest} \neq \bar{X}_{ATpostest}$$

Hipótesis N°8

H₀: No existirán diferencias estadísticamente significativas en la sub escala B2: Incapacidad relativa para iniciar o sostener un intercambio conversacional de los niños con Trastorno del Espectro Autista que participan en la investigación, en el pre-test y el post-test una vez finalice el programa de intervención en arteterapia

$$H_0: \bar{X}_{ATpretest} = \bar{X}_{ATpostest}$$

H₁: Existirán diferencias estadísticamente significativas en la sub escala B2: Incapacidad relativa para iniciar o sostener un intercambio de los niños con Trastorno del Espectro Autista que participan en la investigación, en el pre-test y el post-test una vez finalice el programa de intervención en arteterapia

$$H_1: \bar{X}_{ATpretest} \neq \bar{X}_{ATpostest}$$

Hipótesis N°9

H₀: No existirán diferencias estadísticamente significativas en la sub escala B3: Habla estereotipada, repetitiva e idiosincrásica de los niños con Trastorno del Espectro

Autista que participan en la investigación, en el pre-test y el post-test una vez finalice el programa de intervención en arteterapia

$$H_0: \bar{X}_{ATpretest} = \bar{X}_{ATposttest}$$

H₁: Existirán diferencias estadísticamente significativas en la sub escala B3: Habla estereotipada, repetitiva e idiosincrásica de los niños con Trastorno del Espectro Autista que participan en la investigación, en el pre-test y el post-test una vez finalice el programa de intervención en arteterapia

$$H_1: \bar{X}_{ATpretest} = \bar{X}_{ATposttest}$$

Hipótesis N°10

H₀: No existirán diferencias estadísticamente significativas en la sub escala B4: Falta de juego imaginativo o juego social imitativo espontáneo y variado de los niños con Trastorno del Espectro Autista que participan en la investigación, en el pre-test y el post-test una vez finalice el programa de intervención en arteterapia

$$H_0: \bar{X}_{ATpretest} = \bar{X}_{ATposttest}$$

H₁: Existirán diferencias estadísticamente significativas en la sub escala B4: Falta de juego imaginativo o juego social imitativo espontáneo y variado de los niños con Trastorno del Espectro Autista que participan en la investigación, en el pre-test y el post-test una vez finalice el programa de intervención en arteterapia

$$H_1: \bar{X}_{ATpretest} = \bar{X}_{ATposttest}$$

2.5 Tipo de investigación

El tipo de estudio realizado fue de tipo **explicativo**, los estudios explicativos van más allá de la descripción de conceptos o fenómenos o del establecimiento de relaciones entre conceptos; su interés se centra en explicar por qué ocurre un fenómeno y en qué condiciones se manifiesta o por qué se relacionan dos o más variables. Se analiza la causa-efecto de la relación entre variables. (Hernández et al., 2014).

2.5.1 Diseño de investigación

En cuanto al **diseño** de la investigación corresponde al **Cuasi-experimental** pretest-posttest de grupo único. Los diseños cuasiexperimentales “también manipulan deliberadamente, al menos, una variable independiente para observar su efecto sobre una o más variables dependientes, sólo que difieren de los experimentos “puros” en el grado de seguridad que pueda tenerse sobre la equivalencia inicial de los grupos” (Hernández et al., 2014:151).

Este tipo de diseño se utiliza cuando los sujetos o grupos no se asignan aleatoriamente. El grupo de tratamiento servirá como propio grupo control. Se dará la aplicación del pre-test antes de la intervención psicológica, luego se dará la aplicación de la intervención psicológica y después se realizará la aplicación del post-test; para comprobar si funcionó o no el tratamiento aplicado.

2.6 Población y selección de la muestra

2.6.1 Población

La población estuvo formada por 5 niños y 1 niña entre 7 y 12 años atendidos por la fundación Autism Wave, diagnosticados con trastorno del espectro autista, y que viven en condición de riesgo social. Los indicadores para definir la vulnerabilidad fueron basados en los usados por la fundación Autism Wave, ya que los beneficiarios de sus programas han sido previamente seleccionados de acuerdo a los siguientes:

- Pobreza (Niveles de ingreso por debajo de un salario mínimo)

- Necesidades Básicas Insatisfechas (Vivienda, salud)
- Nivel de educación de los padres

2.6.2 Muestra

El tipo de muestreo empleado para esta investigación fue No probabilístico Intencional o Dirigido. Es decir, la muestra no se seleccionó al azar (fueron escogidos por conveniencia- voluntarios: ellos son seleccionados bajo criterios de inclusión y exclusión propios de la investigación), y no hubo grupo de comparación, el grupo mismo fue medido en dos momentos: antes de la intervención y después de la misma. (Hernández et al, 2010).

2.6.3 Criterios exclusión y eliminación de inclusión,

Inclusión:

- Estar diagnosticado con trastorno del espectro autista
- Que participen en la fundación Autism Wave.
- Riesgo social: que vivan en condición de vulnerabilidad social
- Todos los niños que acepten participar en la investigación.
- El tutor legal debe haber firmado el consentimiento informado
- Tener entre 7 a 12 años.
- Disposición de querer participar en la investigación

Exclusión:

- Tutor legal que no firme el consentimiento informado.
- Participante que no asistan al primer día de aplicación de los instrumentos.
- Tener menos de 7 años de edad.
- Tener 13 años o más.
- Niño que no participen la fundación Autism Wave.
- No querer participar en la investigación
- Niño que no esté diagnosticado con trastorno del espectro autista

Eliminación:

- Niño que no participe en uno de los procesos de aplicación de las pruebas, sea pre-test o pos-test.
- Niño que participe en menos de 8 sesiones
- Niño que falte a 3 sesiones o más

2.7 Definición de las Variables

Variable independiente (VI): Arteterapia

Variable dependiente (VD): Trastorno del Espectro Autista, manifestado en las siguientes dimensiones:

- Comunicación
- Interacción social

2.7.1 Variable independiente: Arteterapia

Definición Conceptual

Marxen (2009, p. 13.), define “el arteterapia como una técnica terapéutica en la que el paciente puede comunicarse con los materiales artísticos, los cuales facilitan la expresión y la reflexión”.

Definición Operacional

Conjunto de 10 sesiones de arteterapia grupales, con una duración de una hora cada una, y una frecuencia de 1 vez por semana. La primera y última sesión son de aplicación del test.

2.7.2 Variable dependiente

Comunicación

Definición Conceptual

González (2010, citado por Ballesteros 2015), menciona en su libro *Personalidad y Educación* que la comunicación es un proceso de interacción social a través de signos y sistemas de signos que surgen como producto de la actividad humana. Los hombres en el proceso de comunicación expresan sus necesidades, aspiraciones, criterios, emociones.

Definición Operacional

La comunicación será medida a través de los parámetros operacionales de la Entrevista para el Diagnóstico del Autismo-Revisada ADI-R. Se centra en los tres dominios de funcionamiento de importancia diagnóstica: lenguaje/comunicación; interacciones sociales recíprocas; conductas e intereses restringidos, repetitivos y estereotipados. Específicamente en la escala B: Alteraciones cualitativas de la comunicación y sus cuatro sub escalas que evalúan; Falta o retraso del lenguaje hablado e incapacidad para compensar esta falta mediante gestos. Incapacidad relativa para iniciar o sostener un intercambio conversacional. Habla estereotipada, repetitiva e idiosincrásica y falta de juego imaginativo o juego social imitativo espontáneo y variado.

Interacción Social

Definición Conceptual

En las interacciones sociales se revela, distingue y percibe la vivencia cotidiana del mundo social, en un determinado escenario, precisamente porque “es en dichas relaciones, donde se producen comportamientos que tienen relación con las demandas, conflictos e influencias de la sociedad y la cultura” (Arias-Sandoval, 2009 pág. 35).

Se trata de relaciones sociales, que se encuentran reguladas por las leyes e instituciones de la interacción social (Bisquerra 2003). Será medida según la conceptualización de la Entrevista para el Diagnóstico del Autismo-Revisada ADI-R. Se centra en los tres dominios de funcionamiento de importancia diagnóstica: lenguaje/comunicación; interacciones sociales recíprocas; conductas e intereses restringidos, repetitivos y estereotipados. Específicamente la escala A: Alteraciones cualitativas de la interacción social recíproca y sus cuatro sub escalas; A1.

Incapacidad para utilizar conductas no verbales en la regulación de la interacción social. A2. Incapacidad para desarrollar relaciones con sus iguales. A3. Falta de goce o placer compartido y A4. Falta de reciprocidad socio-emocional.

2.8 Instrumentos de medición

- Entrevista clínica

La primera sesión consistió en una entrevista clínica a los tutores de los niños y se observó la interacción entre niño y tutor durante este periodo. Se realizó una entrevista clínica para obtener datos sociodemográficos, situación actual y familiar. Además, se aplicaron las escalas A y B de la **Entrevista para el Diagnóstico del Autismo-Revisada ADI-R**.

-Descripción de la prueba ADI-R

Nombre: **ADI-R. Entrevista para el Diagnóstico del Autismo-Revisada.**

Nombre original: ADI-R. Autism Diagnostic Interview-Revised.

Autores: Michael Rutter, Ann Le Couter y Catherine Lord.

Procedencia: WPS (Western Psychological Services), Los Ángeles, Estados Unidos, 2003.

Aplicación: individual

Duración: entre hora y media y dos horas y media (incluyendo tanto la aplicación como la corrección)

Finalidad: realizar una evaluación completa y profunda de aquellos sujetos en los que se sospeche la existencia de un trastorno autista o del espectro autista. Esta entrevista ha probado ser extremadamente útil tanto para el diagnóstico formal como para la planificación del tratamiento y de la atención educativa según su manual de uso.

Baremos: estudios disponibles con diversas muestras clínicas en E.U que establecen puntos de corte para la práctica clínica.

Material: Manual, protocolo de la entrevista, algoritmos diagnósticos y de la conducta actual

Ámbito de aplicación: Cualquiera, siempre que la edad mental del sujeto evaluado sea mayor de 2 años.

Protocolo de la entrevista:

El ADI-R es una entrevista clínica que permite una evaluación profunda de sujetos con sospechas de autismo o algún trastorno del espectro autista. Ha demostrado ser muy útil en el diagnóstico y en el diseño de planes educativos y de tratamiento. El entrevistador explora tres grandes áreas (Lenguaje/comunicación, Interacción social recíproca y Conducta restringida, repetitiva y estereotipada) a través de 93 preguntas que se le hacen al progenitor o cuidador. La información recogida se codifica y se traslada a unos sencillos y útiles algoritmos que orientan el diagnóstico y la evaluación de la situación actual.

Se centra en los tres dominios de funcionamiento de importancia diagnóstica: lenguaje/comunicación; interacciones sociales recíprocas; conductas e intereses restringidos, repetitivos y estereotipados.

Algoritmos:

Tienen como finalidad la interpretación fundamental de los resultados del ADI-R

Pueden ser utilizados de dos formas: algoritmo diagnóstico y algoritmo de la conducta actual.

Para la comparación pretest - postest de esta investigación se usará el algoritmo de la conducta actual.

Validez:

- Análisis factorial de los elementos con la escala: Positivas y bastante elevadas en todos los casos.
- Correlación de los elementos con la puntuación total del test estadísticamente significativos en todos los casos.

Distribución de los ítems

Para esta investigación se utilizaron las escalas A y B del ADI-R correspondientes a las Alteraciones cualitativas de la interacción social recíproca y a las Alteraciones cualitativas de la comunicación respectivamente.

La escala A: Alteraciones cualitativas de la interacción social recíproca evalúa las cualidades de interacción con otras personas, incluyendo el acercamiento a otros y las respuestas a sus propuestas; el intento de comprometer a otros en sus actividades e intereses; la apreciación de las emociones y sentimientos de los demás; la consideración del contexto y los límites sociales; la expresividad emocional y el juego social y la habilidad para crear y mantener amistades.

Esta escala consta de cuatro subescalas.

A1: Incapacidad para utilizar conductas no verbales en la regulación de la interacción social. Está compuesta de 3 reactivos.

1. Mirada directa
2. Sonrisa social
3. Variedad de expresiones faciales para comunicarse

A2: Incapacidad para desarrollar relaciones con sus iguales. Está compuesta por 4 reactivos.

1. Juego imaginativo con sus iguales
2. Interés por otros niños
3. Respuesta a las aproximaciones de otros niños
4. Juego en grupo con sus iguales

A3: Falta de goce o placer compartido. Está compuesta por 3 reactivos

1. Mostrar y dirigir la atención
2. Ofrecimientos para compartir
3. Busca compartir su deleite o goce con otros

A4: Falta de reciprocidad socio-emocional. Está compuesta por 5 reactivos.

1. Uso del cuerpo de otra persona para comunicarse
2. Ofrecimiento de consuelo
3. Calidad de los acercamientos sociales
4. Expresiones faciales inapropiadas
5. Cualidad apropiada de las respuestas sociales

La escala B. referente a las Alteraciones cualitativas de la comunicación se aplica según si los sujetos son verbales o no verbales. En esta investigación todos los sujetos fueron verbales por lo que se les aplicó las subescalas B1, B2 (V), B3 (V) y B4.

B1: Falta o retraso del lenguaje hablado e incapacidad para compensar esta falta mediante gestos. Está compuesta por 4 reactivos.

1. Señalar para expresar interés
2. Asentir con la cabeza
3. Negar con la cabeza
4. Gestos convencionales/instrumentales

B2 (V): Incapacidad relativa para iniciar o sostener un intercambio conversacional. Está compuesta por 2 reactivos.

1. Verbalización social/charla
2. Conversación recíproca

B3 (V): Habla estereotipada, repetitiva e idiosincrática. Está compuesta por 4 reactivos.

1. Expresiones estereotipadas y ecolalia diferida
2. Preguntas o expresiones inapropiadas
3. Inversión de pronombres
4. Neologismos/lenguaje idiosincrático

B4: Falta de juego imaginativo o juego social imitativo espontáneo y variado. Está compuesta por 3 reactivos.

1. Imitación espontánea de acciones
2. Juego imaginativo
3. Juego social imitativo

2.9 Análisis Estadístico de los Resultados

El análisis estadístico de los resultados fue de tipo descriptivo e inferencial. Los programas para el procesamiento de los datos que se utilizaron fueron Microsoft Excel e IBM SPSS Statistics. 2.0.

Se realizó primeramente un análisis descriptivo de los datos, luego se procedió a realizar un análisis inferencial para poder contrastar las hipótesis establecidas en el estudio. El nivel de confianza que se consideró es de 95 % y un alfa de $\alpha = 0.05$.

Para un análisis complementario en el estudio se utilizó la prueba de los rangos con signos de Wilcoxon para contrastar las hipótesis establecidas en la investigación. La prueba de Wilcoxon es una prueba no paramétrica que se utiliza para comparar el rango medio de dos muestras relacionadas y determinar si existen diferencias entre ellas, y se utiliza como alternativa a la prueba t de Student. Para las comparaciones de los resultados obtenidos en el pretest y postest, se organizaron en tablas y gráficas, esto ayuda a que se faciliten la descripción y las comparaciones de los mismos.

2.10 Procedimiento de la investigación

Una vez que sea aprobó la primera etapa del proyecto, se solicitaron los permisos y apoyo de los tutores legales del niño/a como también de los mismos participantes de la investigación para que se les pudiera realizar la aplicación de los instrumentos a los sujetos que participaron en la investigación.

- El siguiente paso fue seleccionar la muestra de niños y niñas entre 7 y 12 años de edad diagnosticados con trastorno del espectro autista que viven en condición de riesgo social en la ciudad de Panamá, para aplicarles los instrumentos de medición o pruebas psicológicas.

- Se procedió a la aplicación del instrumento de medición. En este paso se les dio a los participantes de la investigación las instrucciones sobre el procedimiento para contestar las pruebas.

- Para cuidar la identidad de los participantes, se usó nombres falsos y así garantizar la estricta confidencialidad de los datos que se presentaron en el estudio.

- Se les entregó un consentimiento informado tanto a los tutores legales de los participantes del programa como a los sujetos que participaron en el programa para que dieran su consentimiento de participación en la investigación.

- Se aplicó la intervención psicológica.

- Se realizó el análisis de los datos para los cuales se utilizaron tablas, gráficas, estadística descriptiva e inferencial.

- Se elaboró el informe final.

CAPÍTULO III
RESULTADOS Y ANÁLISIS

Resultados

Los resultados de esta investigación fueron obtenidos de una muestra de 6 niños, cuya edad oscila entre 7 y 11 años, diagnosticados con trastorno del espectro autista (TEA), y que viven en condición de riesgo social en la ciudad de Panamá, pertenecientes a la Fundación Autism Wave.

Los resultados se obtuvieron de la Entrevista para el diagnóstico del Autismo, Edición Revisada. ADI – R. De las escalas: A y B. Estos resultados se presentan en tablas y gráficas con el objetivo de facilitar la interpretación de los resultados.

Se utilizó la prueba de Wilcoxon para el análisis de los resultados de la estadística inferencial. Este estadístico es usado para hacer pruebas de hipótesis acerca de la mediana, el cual corresponden a las mediciones del pre-test y post-test.

La población cumplía con los criterios de inclusión definidos en esta investigación: El tutor legal debía haber firmado el consentimiento informado, el niño o niña debe estar diagnosticado con trastorno del espectro autista, que sean atendidos por la Fundación Autism Wave. Tener entre 7 a 12 años. Vivir en condición de vulnerabilidad social.

3.1.Descriptivos

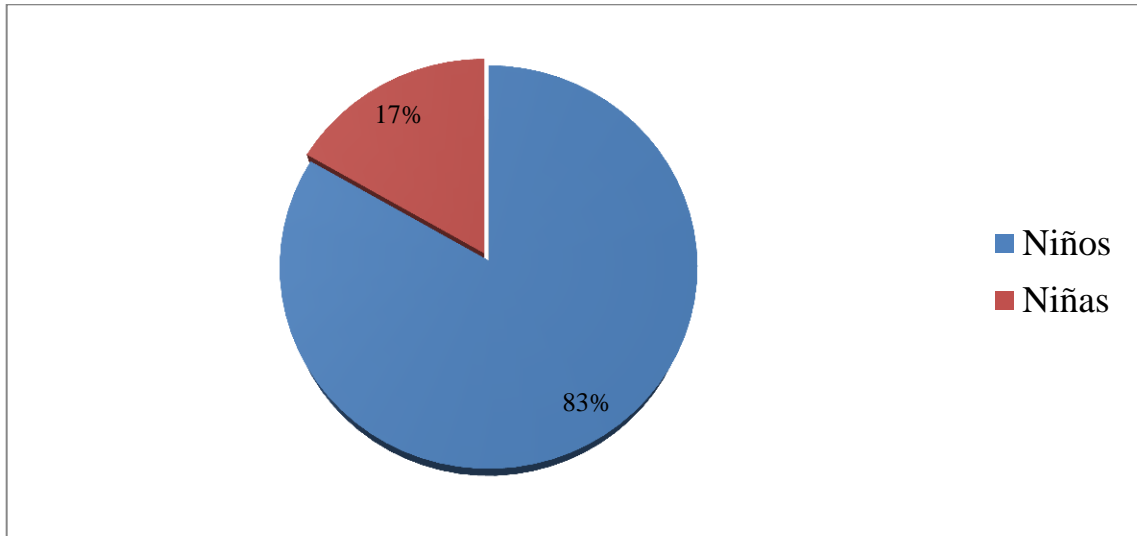
Tabla 2

Descripción de la muestra de acuerdo al sexo y edad

No.	NOMBRE	EDAD	GÉNERO
1	José Manuel	11 años	M
2	Samuel	7 años	M
3	José Raúl	9 años	M
4	Juan José	11 años	M
5	Beilian	10 años	M
6	Alexa	7 años	F

Fuente: Elaborado por Archila (2020). Datos obtenidos de la entrevista clínica

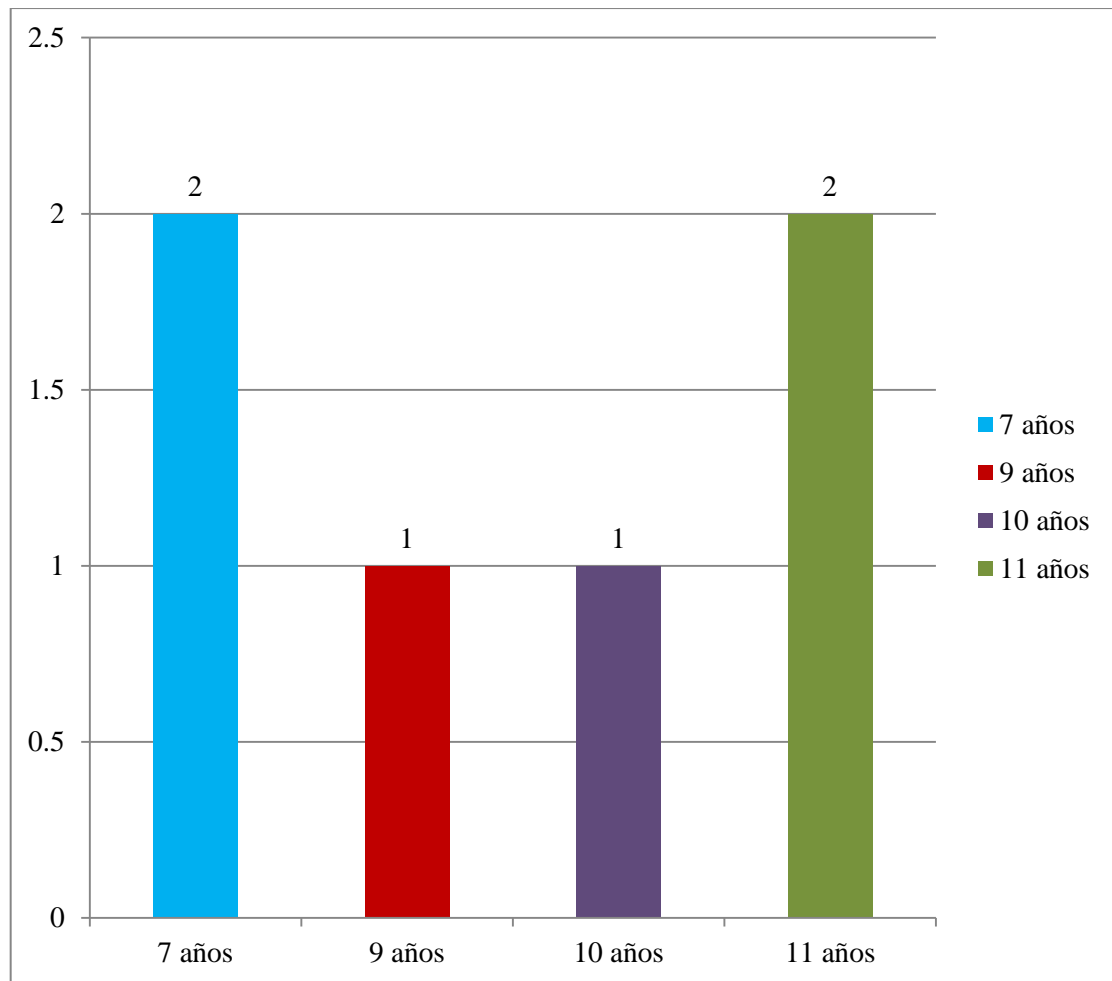
En la tabla No.2, se presentan los datos de la muestra de acuerdo al sexo y la edad. El número total de participantes que completaron el programa fue de 6 niños, cuya edad se encuentran entre 7 y 11 años.



Gráfica 1. Descripción de la muestra de acuerdo al sexo

Fuente: Elaborado por Archila (2020). Datos obtenidos de la entrevista clínica

En la gráfica 1, se puede observar que la muestra estuvo conformada por 6 niños, de los cuales 5 eran del sexo masculino, representando el 83% de la muestra; mientras que 1 era del sexo femenino, representando el 17% de la muestra.



Gráfica 2. Descripción de la muestra de acuerdo a la edad

Fuente: Elaborado por Archila (2020). Datos obtenidos de la entrevista clínica

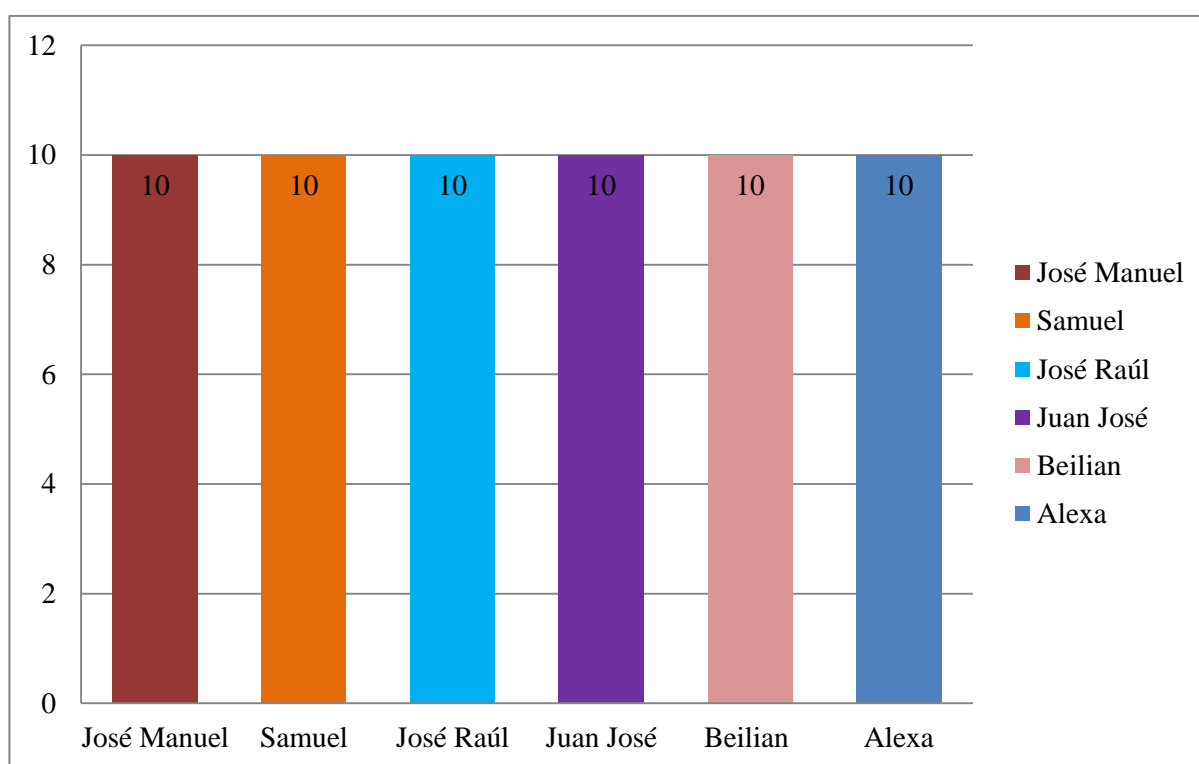
En la gráfica 2, se puede observar que la muestra estuvo conformada por 6 niños. Las edades de los sujetos fueron entre los 7 y 11 años de edad. De los cuales 2 niños tenían 7 años; 1 niño tenía 9 años; 1 niño tenía 10 años; y 2 niños tenían 11 años.

Tabla 3

Asistencia a las sesiones

Participantes	Pre	1	2	3	4	5	6	7	8	Post
José Manuel	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Samuel	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
José Raúl	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Juan José	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Beilian	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Alexa	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Fuente: Elaborado por Archila (2020). Datos obtenidos de la asistencia a las sesiones.



Gráfica 3. Cantidad de Sesiones asistidas

Fuente: Elaborado por Archila (2020). Datos obtenidos de la asistencia a las sesiones

En la gráfica 3, se describe las cantidades de sesiones asistidas. De los cuales, los 6 participantes asistieron a las 10 sesiones. Estas sesiones incluían: pre-test, ocho sesiones de intervención y post-test

Tabla 4*Escala A: Alteraciones cualitativas de la interacción social recíproca*

PUNTAJE PRE ADI-R Escala A*						PUNTAJE POST ADI-R Escala A*				
NOMBRE	A1	A2	A3	A4	Total	A1	A2	A3	A4	Total
José Manuel	2	2	5	3	12	2	1	4	3	10
Samuel	2	4	3	3	12	2	2	2	2	8
José Raúl	6	8	6	10	30	6	6	6	10	28
Juan José	5	6	6	7	22	3	4	4	5	16
Beilian	4	8	4	7	23	4	4	4	6	20
Alexa	5	8	5	9	27	2	6	6	7	19

Fuente: Elaborado por Archila (2020). Datos obtenidos Entrevista para el diagnóstico del Autismo, Edición Revisada. ADI – R.

En la Tabla No.4, se describen las puntuaciones del pre-test y del post-test de la Escala A: Alteraciones cualitativas de la interacción social recíproca.

Esta escala evalúa las cualidades de interacción con otras personas, incluyendo el acercamiento a otros y las respuestas a sus propuestas; el intento de comprometer a otros en sus actividades e intereses; la apreciación de las emociones y sentimientos de los demás; la consideración del contexto y los límites sociales; la expresividad emocional y el juego social y la habilidad para crear y mantener amistades. Las puntuaciones iguales o mayores a 1 implican algún nivel de compromiso dentro del espectro autista, de tal forma que a mayor puntuación más evidente y profunda es la condición del niño.

José Manuel obtuvo en la categoría A1, una puntuación de 2 en el pre-test y una puntuación de 2 en el post-test, lo cual implica que su mirada directa y sonrisa social se mantuvieron igual que antes del programa. En la categoría A2, obtuvo una puntuación de 2 en el pre-test y una puntuación de 1 en el post-test, de donde se deduce que la interacción social de este participante mejoró en lo referente al juego con sus iguales, en

el interés por otros niños y en las respuestas a las aproximaciones de sus iguales. En la categoría A3, obtuvo una puntuación de 5 en el pre-test y una puntuación de 4 en el post-test, lo que implica que también buscó compartir su disfrute con otros niños y mostró y dirigió su atención. En la categoría A4, obtuvo una puntuación de 3 en el pre-test y una puntuación de 3 en el post-test. Mantuvo expresiones faciales inapropiadas igual que antes de la intervención, así como la cualidad de sus respuestas sociales. En la escala A total, obtuvo una puntuación de 12 en el pre-test y una puntuación de 10 en el post-test. En el análisis global de la interacción social recíproca José Manuel obtuvo una leve mejoría.

Samuel obtuvo en la categoría A1, una puntuación de 2 en el pre-test y una puntuación de 2 en el post-test, lo cual implica que su mirada directa y sonrisa social se mantuvieron igual que antes del programa. En la categoría A2, obtuvo una puntuación de 4 en el pre-test y una puntuación de 2 en el post-test, de donde se deduce que la interacción social de este participante mejoró en lo referente al juego con sus iguales, en el interés por otros niños y en las respuestas a las aproximaciones de sus iguales. En la categoría A3, obtuvo una puntuación de 3 en el pre-test y una puntuación de 2 en el post-test, donde se infiere que también buscó compartir su disfrute con otros niños y mostró y dirigió su atención. En la categoría A4, obtuvo una puntuación de 3 en el pre-test y una puntuación de 2 en el post-test. Por lo tanto se evidencia mejoría en las expresiones faciales inapropiadas, así como la cualidad de sus respuestas sociales. En la escala A total, obtuvo una puntuación de 12 en el pre-test y una puntuación de 8 en el post-test. En el análisis global de la interacción social recíproca Samuel obtuvo una notable mejoría.

José Raúl obtuvo en la categoría A1, una puntuación de 6 en el pre-test y una puntuación de 6 en el post-test, lo cual implica que su mirada directa y sonrisa social se mantuvieron igual que antes del programa. En la categoría A2, obtuvo una puntuación de 8 en el pre-test y una puntuación de 6 en el post-test, de donde se deduce que la interacción social de este participante mejoró en lo referente al juego con sus iguales, en el interés por otros niños y en las respuestas a las aproximaciones de sus iguales. En la categoría A3, obtuvo una puntuación de 6 en el pre-test y una puntuación de 6 en el

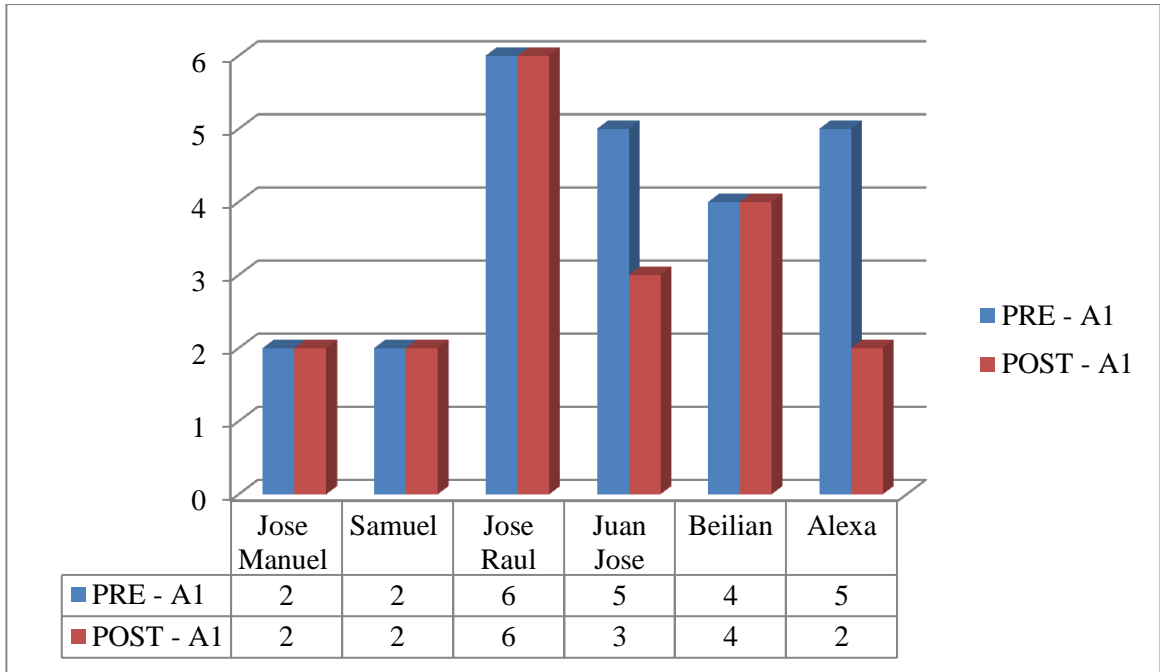
post-test, donde se infiere que no buscó compartir su disfrute con otros niños ni mostró ni dirigió su atención más que antes del programa. En la categoría A4, obtuvo una puntuación de 10 en el pre-test y una puntuación de 10 en el post-test, Por lo tanto no se evidencia mejoría en las expresiones faciales inapropiadas, así como en la cualidad de sus respuestas sociales. En la escala A total, obtuvo una puntuación de 30 en el pre-test y una puntuación de 28 en el post-test. Este participante obtuvo el mayor puntaje en esta categoría, por lo tanto es el que más notorio tiene su condición de autismo y más deteriorada tiene su interacción social recíproca. José Raúl Obtuvo una leve mejoría en el análisis global.

Juan José obtuvo en la categoría A1, una puntuación de 5 en el pre-test y una puntuación de 3 en el post-test, lo cual implica que su mirada directa y sonrisa social mejoraron después de la aplicación del programa. En la categoría A2, obtuvo una puntuación de 6 en el pre-test y una puntuación de 4 en el post-test, de donde se deduce que la interacción social de este participante mejoró en lo referente al juego con sus iguales, en el interés por otros niños y en las respuestas a las aproximaciones de sus iguales. En la categoría A3, obtuvo una puntuación de 6 en el pre-test y una puntuación de 4 en el post-test, donde se infiere que también buscó compartir su disfrute con otros niños a quienes mostró y dirigió su atención. En la categoría A4, obtuvo una puntuación de 7 en el pre-test y una puntuación de 5 en el post-test. Por lo tanto se evidencia mejoría en las expresiones faciales inapropiadas, así como la cualidad de sus respuestas sociales. En la escala A total, obtuvo una puntuación de 22 en el pre-test y una puntuación de 16 en el post-test. En el análisis global de la interacción social recíproca Juan José obtuvo una notable mejoría.

Beilian obtuvo en la categoría A1, una puntuación de 4 en el pre-test y una puntuación de 4 en el post-test, lo cual implica que su mirada directa y sonrisa social se mantuvieron igual que antes del programa. En la categoría A2, obtuvo una puntuación de 8 en el pre-test y una puntuación de 4 en el post-test, de donde se deduce que la interacción social de este participante mejoró en lo referente al juego con sus iguales, en el interés por otros niños y en las respuestas a las aproximaciones de sus iguales. En la categoría A3, obtuvo una puntuación de 4 en el pre-test y una puntuación de 4 en el

post-test, donde se infiere que no buscó compartir su disfrute con otros niños ni mostró ni dirigió su atención más que antes del programa. En la categoría A4, obtuvo una puntuación de 7 en el pre-test y una puntuación de 6 en el post-test, Por lo tanto se evidencia mejoría en las expresiones faciales inapropiadas, así como la cualidad de sus respuestas sociales. En la escala A total, obtuvo una puntuación de 23 en el pre-test y una puntuación de 20 en el post-test. En el análisis global de la interacción social recíproca Beilian obtuvo una leve mejoría.

Alexa obtuvo en la categoría A1, una puntuación de 5 en el pre-test y una puntuación de 2 en el post-test, lo cual implica que su mirada directa y sonrisa social mejoraron después de la aplicación del programa. En la categoría A2, obtuvo una puntuación de 8 en el pre-test y una puntuación de 6 en el post-test, de donde se deduce que la interacción social de esta participante mejoró en lo referente al juego con sus iguales, en el interés por otros niños y en las respuestas a las aproximaciones de sus iguales. En la categoría A3, obtuvo una puntuación de 5 en el pre-test y una puntuación de 6 en el post-test, donde se infiere que no buscó compartir su disfrute con otros niños ni les mostró ni dirigió su atención. En la categoría A4, obtuvo una puntuación de 9 en el pre-test y una puntuación de 7 en el post-test. Por lo tanto se evidencia un leve deterioro en las expresiones faciales inapropiadas, así como la cualidad de sus respuestas sociales. En la escala A total, obtuvo una puntuación de 27 en el pre-test y una puntuación de 19 en el post-test. En el análisis global de la interacción social recíproca Alexa obtuvo una leve mejoría.



Gráfica 4. Puntuaciones del pre-test y post-test de la categoría A1: Incapacidad para utilizar conductas no verbales en la regulación de la interacción social

Fuente: Elaborado por Archila (2020). Datos obtenidos Entrevista para el diagnóstico del Autismo, Edición Revisada. ADI – R.

En la gráfica 4, se muestran los puntajes obtenidos en la Escala A, categoría A1: Incapacidad para utilizar conductas no verbales en la regulación de la interacción social.

José Manuel obtuvo una puntuación de 2 en el pre-test y 2 en el post-test.

Por lo tanto no mejoró ni empeoró su mirada directa, su sonrisa social ni su expresión facial

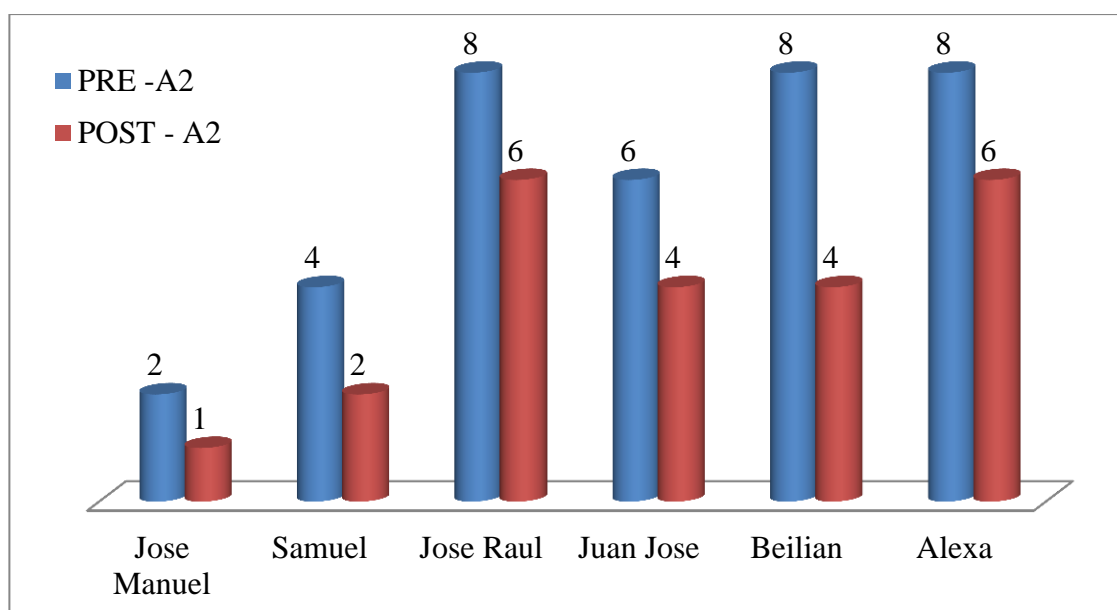
Samuel obtuvo una puntuación de 2 en el pre-test y 2 en el post-test. Por lo tanto no mejoró ni empeoró su mirada directa, su sonrisa social ni su expresión facial

José Raúl obtuvo una puntuación de 6 en el pre-test y 6 en el post-test. Por lo tanto no mejoró ni empeoró su mirada directa, su sonrisa social ni su expresión facial

Juan José obtuvo una puntuación de 5 en el pre-test y 3 en el post-test. Por lo tanto mejoró su mirada directa, su sonrisa social y su expresión facial

Beilian obtuvo una puntuación de 4 en el pre-test y 4 en el post-test. Por lo tanto no mejoró ni empeoró su mirada directa, su sonrisa social ni su expresión facial

Alexa obtuvo una puntuación de 5 en el pre-test y 2 en el post-test. Por lo tanto mejoró su mirada directa, su sonrisa social y su expresión facial



Gráfica 5. Puntuaciones del pre-test y post-test de la categoría A2: Incapacidad para desarrollar relaciones con sus iguales

Fuente: Elaborado por Archila (2020). Datos obtenidos Entrevista para el diagnóstico del Autismo, Edición Revisada. ADI – R.

En la gráfica 5, se presentan los puntajes obtenidos en la Escala A, categoría A2: Incapacidad para desarrollar relaciones con sus iguales

José Manuel obtuvo una puntuación de 2 en el pre-test y 1 en el post-test. Lo que representa que mejoró el juego imaginativo, el interés por otros niños, las respuestas a las aproximaciones de otros niños y el juego en grupo.

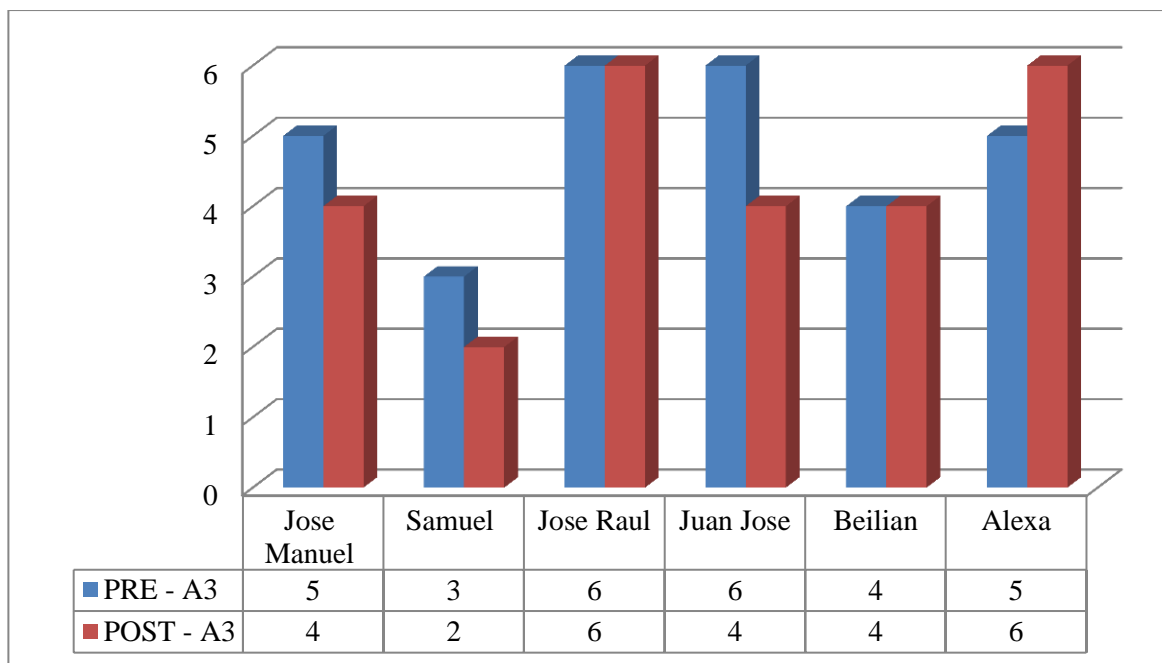
Samuel obtuvo una puntuación de 4 en el pre-test y 2 en el post-test. Lo que representa que mejoró el juego imaginativo, el interés por otros niños, las respuestas a las aproximaciones de otros niños y el juego en grupo.

José Raúl obtuvo una puntuación de 8 en el pre-test y 6 en el post-test. Lo que representa que mejoró el juego imaginativo, el interés por otros niños, las respuestas a las aproximaciones de otros niños y el juego en grupo.

Juan José obtuvo una puntuación de 6 en el pre-test y 4 en el post-test. Lo que representa que mejoró el juego imaginativo, el interés por otros niños, las respuestas a las aproximaciones de otros niños y el juego en grupo.

Beilian obtuvo una puntuación de 8 en el pre-test y 4 en el post-test. Lo que representa que mejoró el juego imaginativo, el interés por otros niños, las respuestas a las aproximaciones de otros niños y el juego en grupo.

Alexa obtuvo una puntuación de 8 en el pre-test y 6 en el post-test. Lo que representa que mejoró el juego imaginativo, el interés por otros niños, las respuestas a las aproximaciones de otros niños y el juego en grupo.



Gráfica 6. Puntuaciones del pre-test y post-test de la categoría A3: Falta de goce o placer compartido

Fuente: Elaborado por Archila (2020). Datos obtenidos Entrevista para el diagnóstico del Autismo, Edición Revisada. ADI – R.

En la gráfica 6, se describen las puntuaciones obtenidas en la Escala A, categoría A3: Falta de goce o placer compartido.

José Manuel obtuvo una puntuación de 5 en el pre-test y 4 en el post-test. De donde se deduce que aumentó el compartir su deleite, los ofrecimientos para compartir y mostrar y dirigir la atención.

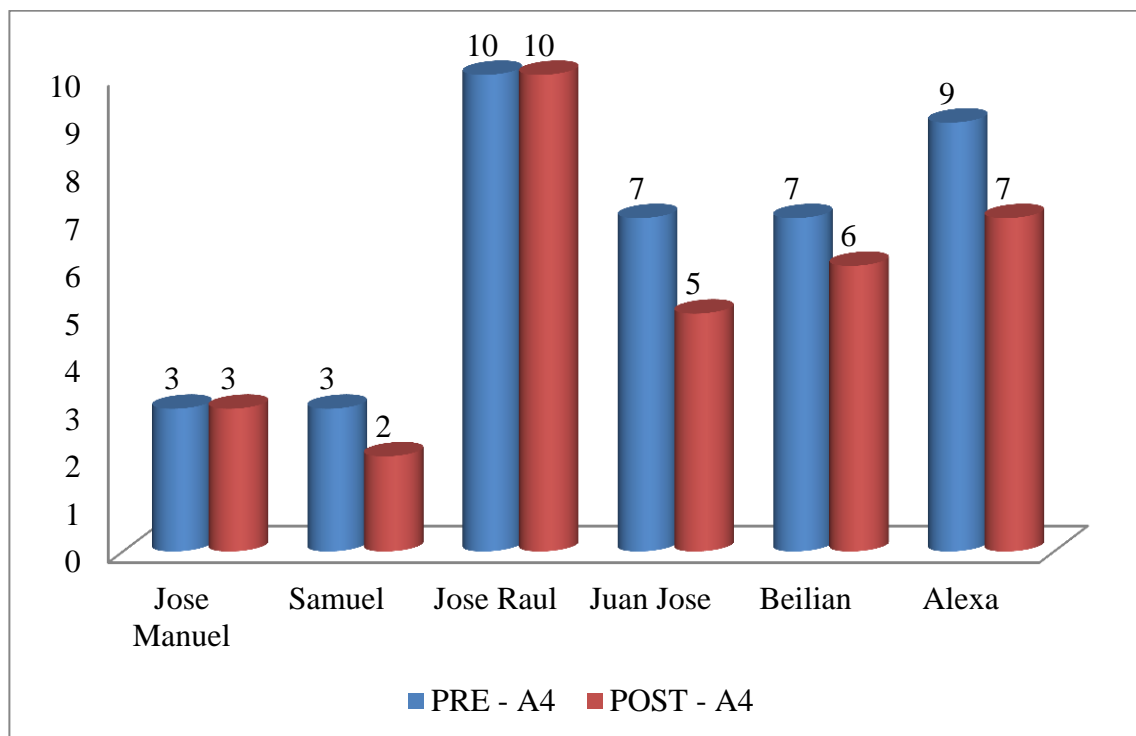
Samuel obtuvo una puntuación de 3 en el pre-test y 2 en el post-test. De donde se deduce que aumentó el compartir su deleite, los ofrecimientos para compartir y mostrar y dirigir la atención.

José Raúl obtuvo una puntuación de 6 en el pre-test y 6 en el post-test. De donde se deduce que se mantuvo igual a antes del programa, en cuanto a compartir su deleite, los ofrecimientos para compartir y mostrar y dirigir la atención.

Juan José obtuvo una puntuación de 6 en el pre-test y 4 en el post-test. De donde se deduce que aumentó el compartir su deleite, los ofrecimientos para compartir y mostrar y dirigir la atención.

Beilian obtuvo una puntuación de 4 en el pre-test y 4 en el post-test. De donde se deduce que se mantuvo igual que antes del programa, el compartir su deleite, los ofrecimientos para compartir y mostrar y dirigir la atención.

Alexa obtuvo una puntuación de 5 en el pre-test y 6 en el post-test. De donde se deduce que desmejoró el compartir su deleite, los ofrecimientos para compartir y mostrar y dirigir la atención.



Gráfica 7. Puntuaciones del pre-test y post-test de la categoría A4: Falta de reciprocidad socio-emocional

Fuente: Elaborado por Archila (2020). Datos obtenidos Entrevista para el diagnóstico del Autismo, Edición Revisada. ADI – R.

En la gráfica 7, se muestran los puntajes obtenidos en la Escala A, categoría A4: Falta de reciprocidad socio-emocional.

José Manuel obtuvo una puntuación de 3 en el pre-test y 3 en el post-test. Esto nos indica que no variaron, las conductas de ofrecimiento de consuelo, la calidad de los acercamientos sociales, las expresiones faciales inapropiadas y la cualidad apropiada de las respuestas sociales después del programa.

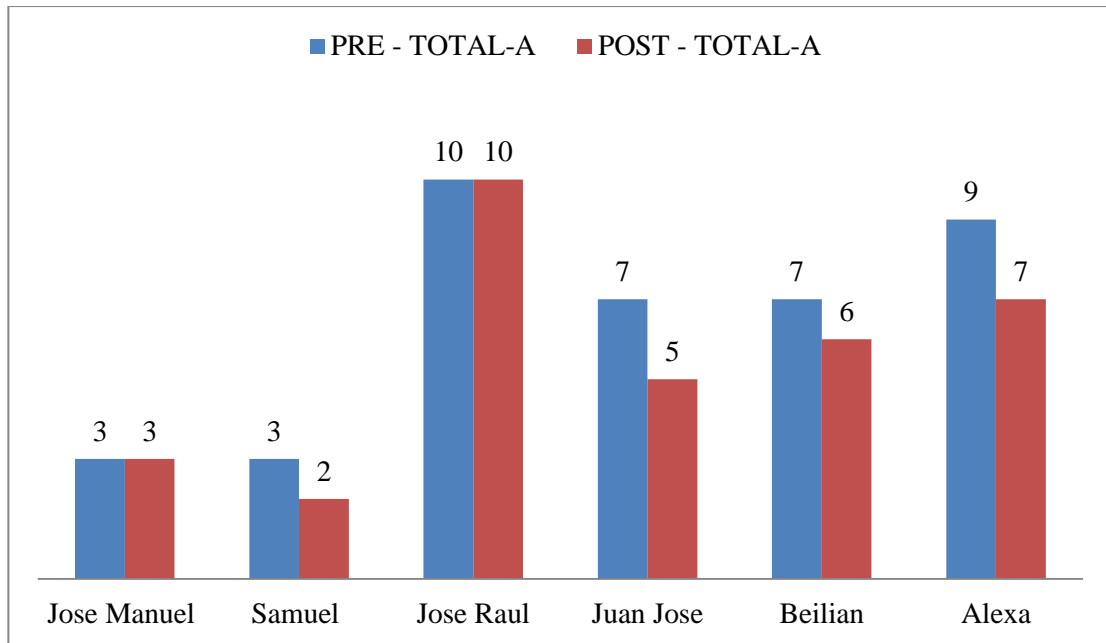
Samuel obtuvo una puntuación de 3 en el pre-test y 2 en el post-test. Esto nos indica que aumentaron las conductas de ofrecimiento de consuelo, mejoró la calidad de los acercamientos sociales, mejoraron las expresiones faciales inapropiadas y la cualidad apropiada de las respuestas sociales.

José Raúl obtuvo una puntuación de 10 en el pre-test y 10 en el post-test. Esto nos indica que no hubo cambios en las conductas de ofrecimiento de consuelo, la calidad de los acercamientos sociales, las expresiones faciales inapropiadas y la cualidad apropiada de las respuestas sociales después del programa

Juan José obtuvo una puntuación de 7 en el pre-test y 5 en el post-test. Esto nos indica que aumentaron las conductas de ofrecimiento de consuelo, mejoró la calidad de los acercamientos sociales, mejoraron las expresiones faciales inapropiadas y la cualidad apropiada de las respuestas sociales.

Beilian obtuvo una puntuación de 7 en el pre-test y 6 en el post-test. Esto nos indica que aumentaron las conductas de ofrecimiento de consuelo, mejoró la calidad de los acercamientos sociales, mejoraron las expresiones faciales inapropiadas y la cualidad apropiada de las respuestas sociales.

Alexa obtuvo una puntuación de 9 en el pre-test y 7 en el post-test. Esto nos indica que aumentaron las conductas de ofrecimiento de consuelo, mejoró la calidad de los acercamientos sociales, mejoraron las expresiones faciales inapropiadas y la cualidad apropiada de las respuestas sociales.



Gráfica 8. Puntuaciones totales del pre-test y post-test de la Escala A Total: Alteraciones cualitativas de la interacción social recíproca

Fuente: Elaborado por Archila (2020). Datos obtenidos Entrevista para el diagnóstico del Autismo, Edición Revisada. ADI – R.

En la gráfica 8, se presentan los puntajes obtenidos en la Escala A Total.

José Manuel obtuvo una puntuación de 3 en el pre-test y 3 en el post-test. En la valoración global de las alteraciones cualitativas de la interacción social recíproca el participante no mejoró ni empeoró con el programa.

Samuel obtuvo una puntuación de 3 en el pre-test y 2 en el post-test. En la valoración global de las alteraciones cualitativas de la interacción social recíproca el participante mejoró con el programa.

José Raúl obtuvo una puntuación de 10 en el pre-test y 10 en el post-test. En la valoración global de las alteraciones cualitativas de la interacción social recíproca el participante no mejoró ni empeoró con el programa.

Juan José obtuvo una puntuación de 7 en el pre-test y 5 en el post-test. En la valoración global de las alteraciones cualitativas de la interacción social recíproca el participante mejoró con el programa.

Beilian obtuvo una puntuación de 7 en el pre-test y 6 en el post-test. En la valoración global de las alteraciones cualitativas de la interacción social recíproca el participante mejoró con el programa.

Alexa obtuvo una puntuación de 9 en el pre-test y 7 en el post-test. . En la valoración global de las alteraciones cualitativas de la interacción social recíproca el participante mejoró con el programa.

Tabla 5

Escala B: Alteraciones cualitativas de la comunicación

NOMBRE	PUNTAJE PRE ADI-R Escala B*					PUNTAJE POST ADI-R Escala B*				
	B1	B2	B3	B4	Total	B1	B2	B3	B4	Total
José Manuel	2	1	5	1	9	1	1	5	1	8
Samuel	1	2	4	1	8	1	2	4	1	8
José Raúl	6	4	6	6	22	6	4	6	6	22
Juan José	2	1	4	3	10	1	1	3	3	8
Beilian	2	3	7	4	16	2	2	6	4	14
Alexa	2	3	6	5	16	2	3	6	5	16

Fuente: Elaborado por Archila (2020). Datos obtenidos Entrevista para el diagnóstico del Autismo, Edición Revisada. ADI – R.

En la Tabla No.5, se describen las puntuaciones del pre-test y del post-test de la Escala B: Alteraciones cualitativas de la comunicación

La escala B. referente a las alteraciones cualitativas de la comunicación se aplica según la capacidad verbal de los sujetos. En esta investigación todos los sujetos fueron verbales por lo que se les aplicaron las subescalas B1, B2 (V), B3 (V) y B4.

José Manuel obtuvo en la categoría B1, una puntuación de 2 en el pre-test y una puntuación de 1 en el post-test. Esto indica que mejoró al asentir y negar con la cabeza, señalar para expresar su interés y en sus gestos conversacionales. En la categoría B2, obtuvo una puntuación de 1 en el pre-test y una puntuación de 1 en el post-test, de donde se infiere que su verbalización social y conversación recíproca se mantuvieron igual que antes del programa. En la categoría B3, obtuvo una puntuación de 5 en el pre-test y una puntuación de 5 en el post-test, lo que significa que las expresiones estereotipadas, las expresiones inapropiadas, la inversión de pronombres y su lenguaje idiosincrático se mantuvieron igual que antes del programa. En la categoría B4, obtuvo una puntuación de 1 en el pre-test y una puntuación de 1 en el post-test, de aquí se deduce que la imitación espontánea de acciones, el juego imaginativo y el juego social imitativo se mantuvieron iguales que antes del programa. En la escala B total, obtuvo una puntuación de 9 en el pre-test y una puntuación de 8 en el post-test. José Manuel presentó un leve retroceso en la evaluación global de las alteraciones cualitativas de la comunicación después del programa. Al conversar con su madre, ella reporta que en los últimos meses no ha podido asistir a sus terapias y que viene empeorando su comportamiento en general.

Samuel obtuvo en la categoría B1, una puntuación de 1 en el pre-test y una puntuación de 1 en el post-test. Esto indica que las conductas de asentir y negar con la cabeza, señalar para expresar su interés y sus gestos conversacionales, se mantuvieron iguales que antes del programa. En la categoría B2, obtuvo una puntuación de 2 en el pre-test y una puntuación de 2 en el post-test, de donde se infiere que su verbalización social y conversación recíproca se mantuvieron iguales que antes del programa. En la categoría B3, obtuvo una puntuación de 4 en el pre-test y una puntuación de 4 en el post-test, esto indica que las expresiones estereotipadas, las expresiones inapropiadas, la inversión de pronombres y su lenguaje idiosincrático se mantuvieron sin cambio. En la categoría B4, obtuvo una puntuación de 1 en el pre-test y una puntuación de 1 en el

post-test, de aquí se deduce que la imitación espontánea de acciones, el juego imaginativo y el juego social imitativo se mantuvieron iguales que antes del programa. En la escala B total, obtuvo una puntuación de 8 en el pre-test y una puntuación de 8 en el post-test. Samuel, mantuvo sus alteraciones cualitativas de la comunicación igual que antes del programa.

José Raúl obtuvo en la categoría B1, una puntuación de 6 en el pre-test y una puntuación de 6 en el post-test. Esto indica que las conductas de asentir y negar con la cabeza, señalar para expresar su interés y sus gestos conversacionales, se mantuvieron iguales que antes del programa. En la categoría B2, obtuvo una puntuación de 4 en el pre-test y una puntuación de 4 en el post-test, de donde se infiere que su verbalización social y conversación recíproca se mantuvieron iguales que antes del programa. En la categoría B3, obtuvo una puntuación de 6 en el pre-test y una puntuación de 6 en el post-test, esto indica que las expresiones estereotipadas, las expresiones inapropiadas, la inversión de pronombres y su lenguaje idiosincrático no cambiaron después del programa. En la categoría B4, obtuvo una puntuación de 6 en el pre-test y una puntuación de 6 en el post-test, de aquí se deduce que la imitación espontánea de acciones, el juego imaginativo y el juego social imitativo se mantuvieron igual que antes del programa. En la escala B total, obtuvo una puntuación de 22 en el pre-test y una puntuación de 22 en el post-test. José Raúl, mantuvo las alteraciones cualitativas de la comunicación igual que antes del programa.

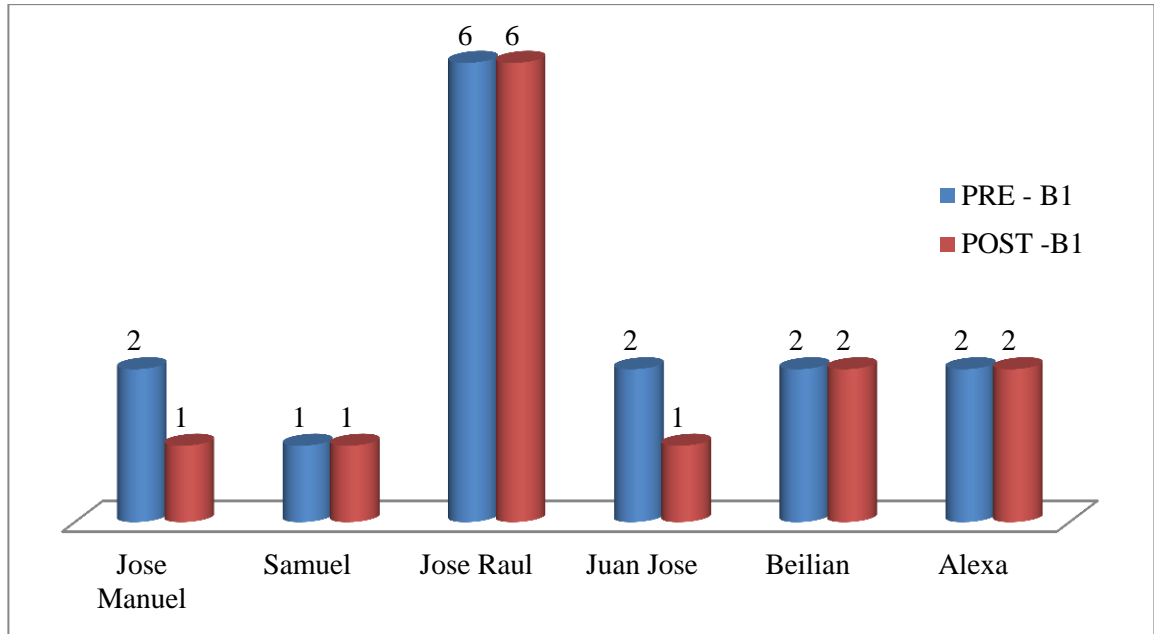
Juan José obtuvo en la categoría B1, una puntuación de 2 en el pre-test y una puntuación de 1 en el post-test. Esto indica que mejoró al asentir y negar con la cabeza, al señalar para expresar su interés y en sus gestos conversacionales. En la categoría B2, obtuvo una puntuación de 1 en el pre-test y una puntuación de 1 en el post-test, de donde se infiere que su verbalización social y conversación recíproca se mantuvieron iguales que antes del programa. En la categoría B3, obtuvo una puntuación de 4 en el pre-test y una puntuación de 3 en el post-test, esto indica que mejoraron las expresiones estereotipadas, las expresiones inapropiadas, la inversión de pronombres y su lenguaje idiosincrático. En la categoría B4, obtuvo una puntuación de 3 en el pre-test y una puntuación de 3 en el post-test de aquí se deduce que la imitación espontánea de

acciones, el juego imaginativo y el juego social imitativo se mantuvieron iguales que antes del programa. En la escala B total, obtuvo una puntuación de 10 en el pre-test y una puntuación de 8 en el post-test. Juan José, obtuvo una leve mejoría en la evaluación global de las alteraciones cualitativas de la comunicación.

Beilian obtuvo en la categoría B1, una puntuación de 2 en el pre-test y una puntuación de 2 en el post-test. Esto indica que las conductas de asentir y negar con la cabeza, señalar para expresar su interés y sus gestos conversacionales, se mantuvieron igual que antes del programa. En la categoría B2, obtuvo una puntuación de 3 en el pre-test y una puntuación de 2 en el post-test, de donde se infiere que mejoró levemente en su verbalización social y conversación recíproca. En la categoría B3, obtuvo una puntuación de 7 en el pre-test y una puntuación de 6 en el post-test, esto indica que mejoraron las expresiones estereotipadas, las expresiones inapropiadas, la inversión de pronombres y su lenguaje idiosincrático. En la categoría B4, obtuvo una puntuación de 4 en el pre-test y una puntuación de 4 en el post-test, de aquí se deduce que la imitación espontánea de acciones, el juego imaginativo y el juego social imitativo se mantuvieron igual que antes del programa. En la escala B total, obtuvo una puntuación de 16 en el pre-test y una puntuación de 14 en el post-test. Beilian mejoró en la evaluación global de las alteraciones cualitativas de la comunicación.

Alexa obtuvo en la categoría B1, una puntuación de 2 en el pre-test y una puntuación de 2 en el post-test. Esto indica que las conductas de asentir y negar con la cabeza, señalar para expresar su interés y sus gestos conversacionales, se mantuvieron igual que antes del programa. En la categoría B2, obtuvo una puntuación de 3 en el pre-test y una puntuación de 3 en el post-test, de donde se infiere que su verbalización social y conversación recíproca se mantuvieron iguales que antes del programa. En la categoría B3, obtuvo una puntuación de 6 en el pre-test y una puntuación de 6 en el post-test, esto indica que las expresiones estereotipadas, las expresiones inapropiadas, la inversión de pronombres y su lenguaje idiosincrático continuaron iguales que antes del programa. En la categoría B4, obtuvo una puntuación de 5 en el pre-test y una puntuación de 5 en el post-test, de aquí se deduce que la imitación espontánea de acciones, el juego imaginativo y el juego social imitativo se mantuvieron iguales que

antes del programa. En la escala B total, obtuvo una puntuación de 16 en el pre-test y una puntuación de 16 en el post-test. Alexa mantuvo las alteraciones cualitativas de la comunicación igual que antes del programa.



Gráfica 9. Puntuaciones del pre-test y post-test de la categoría B1: Falta o retraso del lenguaje hablado e incapacidad para compensar esta falta mediante gestos

Fuente: Elaborado por Archila (2020). Datos obtenidos Entrevista para el diagnóstico del Autismo, Edición Revisada. ADI – R.

En la gráfica 9, se muestran los puntajes obtenidos en la Escala B, categoría B1: Falta o retraso del lenguaje hablado e incapacidad para compensar esta falta mediante gestos.

José Manuel obtuvo una puntuación de 2 en el pre-test y 1 en el post-test. Lo que nos indica que mejoró las conductas de señalar para mostrar interés, asentir con la cabeza, negar con la cabeza y los gestos convencionales.

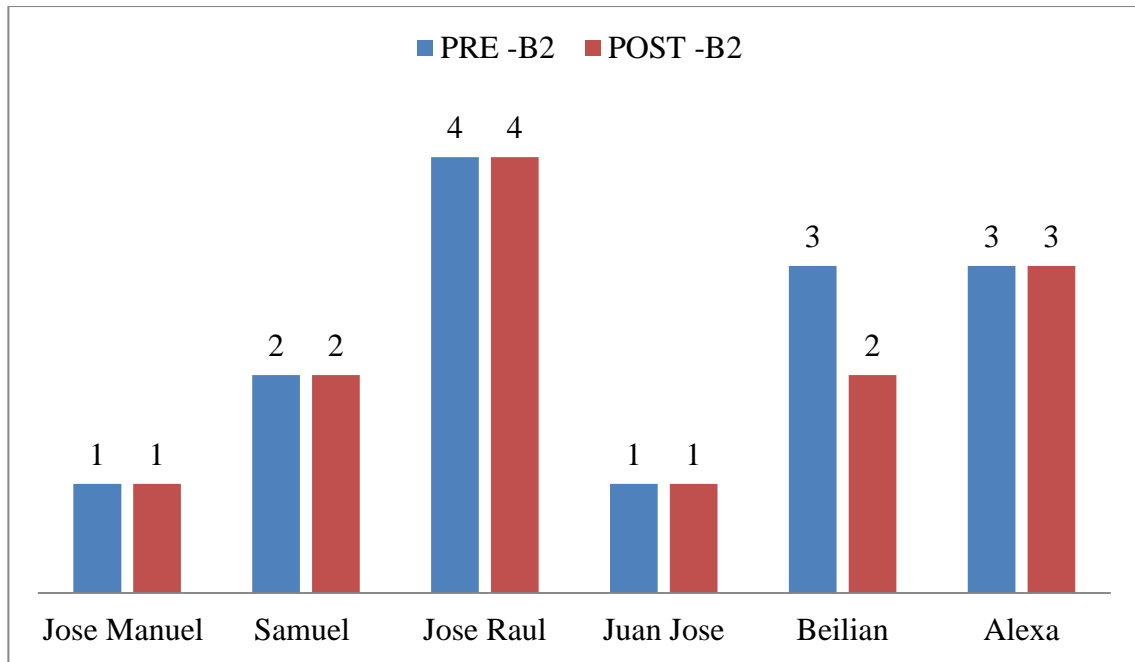
Samuel obtuvo una puntuación de 1 en el pre-test y 1 en el post-test. Lo que nos indica que no mejoró ni empeoró las conductas de señalar para mostrar interés, asentir con la cabeza, negar con la cabeza y los gestos convencionales.

José Raúl obtuvo una puntuación de 6 en el pre-test y 6 en el post-test. Lo que nos indica que no mejoró ni empeoró en las conductas de señalar para mostrar interés, asentir con la cabeza, negar con la cabeza y los gestos convencionales.

Juan José obtuvo una puntuación de 2 en el pre-test y 1 en el post-test. Lo que nos indica que mejoró las conductas de señalar para mostrar interés, asentir con la cabeza, negar con la cabeza y los gestos convencionales.

Beilian obtuvo una puntuación de 2 en el pre-test y 2 en el post-test. Lo que nos indica que no mejoró ni empeoró las conductas de señalar para mostrar interés, asentir con la cabeza, negar con la cabeza y los gestos convencionales.

Alexa obtuvo una puntuación de 2 en el pre-test y 2 en el post-test. Lo que nos indica que no mejoró ni empeoró las conductas de señalar para mostrar interés, asentir con la cabeza, negar con la cabeza y los gestos convencionales.



Gráfica 10. Puntuaciones del pre-test y post-test de la categoría B2: Incapacidad relativa para iniciar o sostener un intercambio conversacional

Fuente: Elaborado por Archila (2020). Datos obtenidos Entrevista para el diagnóstico del Autismo, Edición Revisada. ADI – R.

En la gráfica 10, se presentan los puntajes obtenidos en la Escala B, categoría B2: Incapacidad relativa para iniciar o sostener un intercambio conversacional.

José Manuel obtuvo una puntuación de 1 en el pre-test y 1 en el post-test, lo cual implica que las expresiones estereotipadas, las preguntas inapropiadas, la inversión de pronombres y el lenguaje idiosincrático se mantuvieron iguales antes y después del programa de arteterapia.

Samuel obtuvo una puntuación de 2 en el pre-test y 2 en el post-test, lo cual implica que las expresiones estereotipadas, las preguntas inapropiadas, la inversión de pronombres y el lenguaje idiosincrático no se presentaron cambios después del programa de arteterapia.

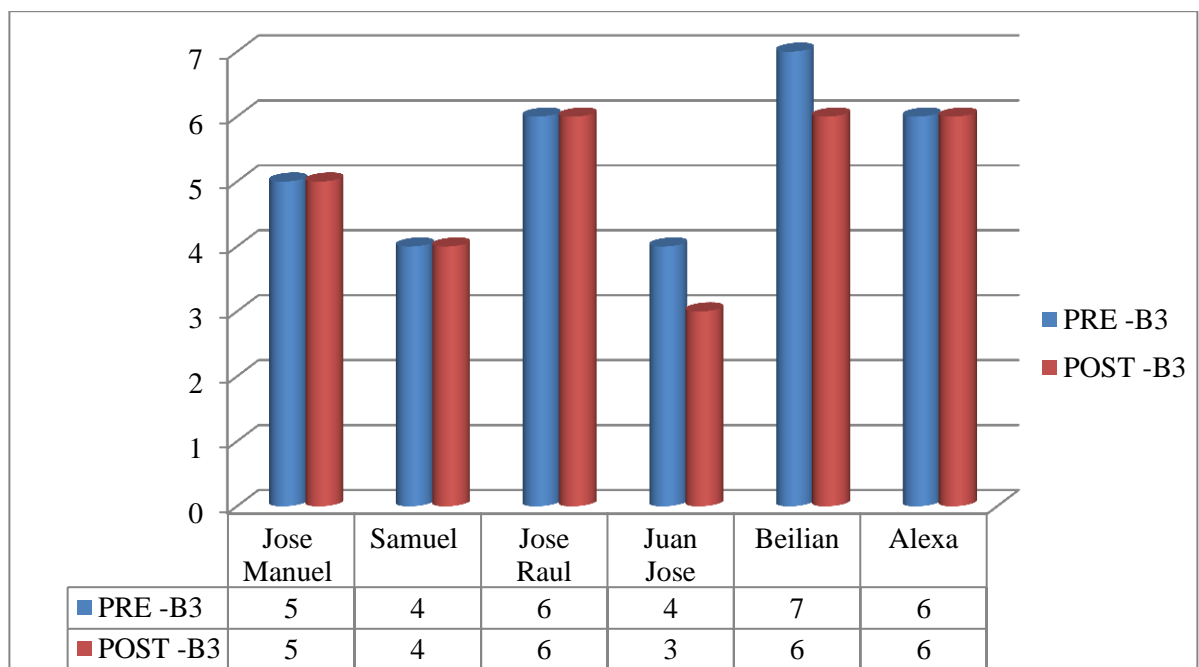
José Raúl obtuvo una puntuación de 4 en el pre-test y 4 en el post-test, lo cual implica que las expresiones estereotipadas, las preguntas inapropiadas, la inversión de

pronombres y el lenguaje idiosincrático se mantuvieron iguales antes y después del programa de arteterapia.

Juan José obtuvo una puntuación de 1 en el pre-test y 1 en el post-test, lo cual implica que las expresiones estereotipadas, las preguntas inapropiadas, la inversión de pronombres y el lenguaje idiosincrático no se presentaron cambios después del programa de arteterapia.

Beilian obtuvo una puntuación de 3 en el pre-test y 2 en el post-test, lo cual implica mejoría en las expresiones estereotipadas, en las preguntas inapropiadas, la inversión de pronombres y el lenguaje idiosincrático después del programa de arteterapia.

Alexa obtuvo una puntuación de 3 en el pre-test y 3 en el post-test, lo cual implica que las expresiones estereotipadas, las preguntas inapropiadas, la inversión de pronombres y el lenguaje idiosincrático continuaron sin cambios luego del programa de arteterapia.



Gráfica 11. Puntuaciones del pre-test y post-test de la categoría B3: Habla estereotipada, repetitiva e idiosincrásica

Fuente: Elaborado por Archila (2020). Datos obtenidos Entrevista para el diagnóstico del Autismo, Edición Revisada. ADI – R.

En la gráfica 11, se describen las puntuaciones obtenidas en la Escala A, categoría B3: Habla estereotipada, repetitiva e idiosincrásica.

José Manuel obtuvo una puntuación de 5 en el pre-test y 5 en el post-test. Esto quiere decir que las expresiones estereotipadas, las preguntas inapropiadas, la inversión de pronombres y el lenguaje idiosincrático no mejoraron después del programa de arteterapia.

Samuel obtuvo una puntuación de 4 en el pre-test y 4 en el post-test. Esto quiere decir que las expresiones estereotipadas, las preguntas inapropiadas, la inversión de pronombres y el lenguaje idiosincrático se mantuvieron iguales antes y después del programa de arteterapia.

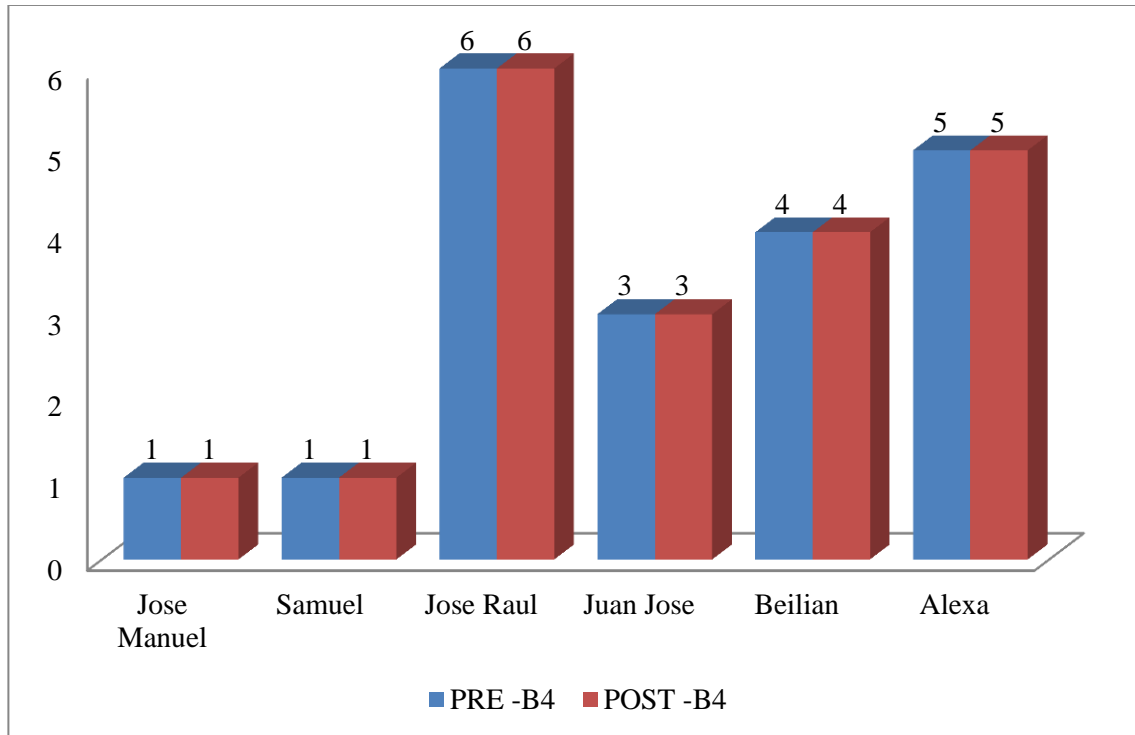
José Raúl obtuvo una puntuación de 6 en el pre-test y 6 en el post-test. Esto quiere decir que las expresiones estereotipadas, las preguntas inapropiadas, la inversión de pronombres y el lenguaje idiosincrático se mantuvieron iguales antes y después del programa de arteterapia.

Juan José obtuvo una puntuación de 4 en el pre-test y 3 en el post-test. Esto quiere decir que mejoró en las expresiones estereotipadas, las preguntas inapropiadas, la inversión de pronombres y el lenguaje idiosincrático.

Beilian obtuvo una puntuación de 7 en el pre-test y 6 en el post-test. Esto quiere decir que mejoró en las expresiones estereotipadas, las preguntas inapropiadas, la inversión de pronombres y el lenguaje idiosincrático.

Alexa obtuvo una puntuación de 6 en el pre-test y 6 en el post-test. Esto quiere decir que las expresiones estereotipadas, las preguntas inapropiadas, la inversión de

pronombres y el lenguaje idiosincrático se mantuvieron iguales antes y después del programa de arteterapia.



Gráfica 12. Puntuaciones del pre-test y post-test de la categoría B4: Falta de juego imaginativo o juego social imitativo espontáneo y variado

Fuente: Elaborado por Archila (2020). Datos obtenidos Entrevista para el diagnóstico del Autismo, Edición Revisada. ADI – R.

En la gráfica 12, se muestran los puntajes obtenidos en la Escala B, categoría B4: Falta de juego imaginativo o juego social imitativo espontáneo y variado.

José Manuel obtuvo una puntuación de 1 en el pre-test y 1 en el post-test. Se deduce que la imitación espontánea de acciones, el juego imaginativo y el juego social imitativo se mantuvieron iguales antes y después del programa de arteterapia.

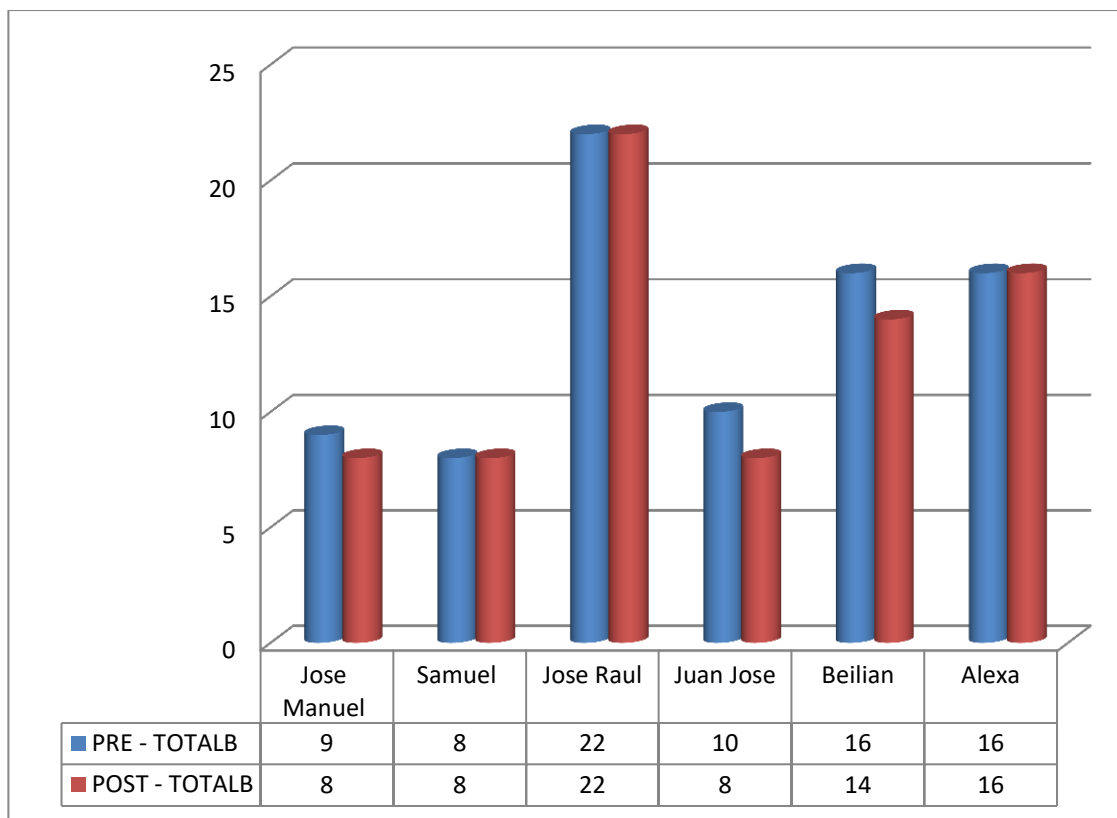
Samuel obtuvo una puntuación de 1 en el pre-test y 1 en el post-test. Se deduce que la imitación espontánea de acciones, el juego imaginativo y el juego social imitativo se mantuvieron iguales antes y después del programa de arteterapia.

José Raúl obtuvo una puntuación de 6 en el pre-test y 6 en el post-test. Se deduce que la imitación espontánea de acciones, el juego imaginativo y el juego social imitativo se mantuvieron iguales antes y después del programa de arteterapia.

Juan José obtuvo una puntuación de 3 en el pre-test y 3 en el post-test. Se deduce que la imitación espontánea de acciones, el juego imaginativo y el juego social imitativo se mantuvieron igual antes y después del programa de arteterapia.

Beilian obtuvo una puntuación de 4 en el pre-test y 4 en el post-test. Se deduce que la imitación espontánea de acciones, el juego imaginativo y el juego social imitativo se mantuvieron iguales antes y después del programa de arteterapia.

Alexa obtuvo una puntuación de 5 en el pre-test y 5 en el post-test. Se deduce que la imitación espontánea de acciones, el juego imaginativo y el juego social imitativo se mantuvieron iguales antes y después del programa de arteterapia.



Gráfica 13. Puntuaciones totales del pre-test y post-test de la Escala B: Alteraciones cualitativas de la comunicación

Fuente: Elaborado por Archila (2020). Datos obtenidos Entrevista para el diagnóstico del Autismo, Edición Revisada. ADI – R.

En la gráfica 13, se presentan los puntajes obtenidos en la Escala B Total.

En donde, José Manuel obtuvo una puntuación de 9 en el pre-test y 8 en el post-test, lo que indica que mejoró levemente las alteraciones cualitativas de la comunicación.

Samuel obtuvo una puntuación de 8 en el pre-test y 8 en el post-test, lo que indica que las alteraciones cualitativas de la comunicación se mantuvieron estables antes y después del programa de arteterapia.

José Raúl obtuvo una puntuación de 22 en el pre-test y 22 en el post-test, lo que indica que mejoró levemente las alteraciones cualitativas de la comunicación.

Juan José obtuvo una puntuación de 10 en el pre-test y 8 en el post-test, lo que indica que mejoró levemente las alteraciones cualitativas de la comunicación.

Beilian obtuvo una puntuación de 16 en el pre-test y 14 en el post-test, lo que indica que mejoró levemente las alteraciones cualitativas de la comunicación.

Alexa obtuvo una puntuación de 16 en el pre-test y 16 en el post-test, lo que indica que las alteraciones cualitativas de la comunicación se mantuvieron estables antes y después del programa de arteterapia.

3.2.Pruebas de Hipótesis

A continuación, se presenta el resumen de la prueba de hipótesis que arrojó el programa estadístico SPSS para las puntuaciones pre-test y post-test para cada escala de la prueba que se aplicó. Como no podemos afirmar la normalidad de la muestra, por ser muy pequeña, se utilizó la prueba de Wilcoxon para comparar muestras pareadas. Esta prueba, compara las medianas en el pre-test y el post-test (H_0 Vs H_1). El nivel de significancia utilizado fue de 0.05.

Tabla 6

Prueba de Wilcoxon para la comparación de las medianas obtenidas en el pre-test y el post-test en la Entrevista para el diagnóstico del Autismo, Edición Revisada. ADI – R. Categoría A1: Incapacidad para utilizar conductas no verbales en la regulación de la interacción social

Rangos

	N	Rango promedio	Suma de rangos
A1post - A1pre			
Rangos negativos	2 ^a	1.50	3.00
Rangos positivos	0 ^b	.00	.00
Empates	4 ^c		
Total	6		

a. $A1_{post} < A1_{pre}$

b. $A1_{post} > A1_{pre}$

c. $A1_{post} = A1_{pre}$

En la tabla No.6 Y 7. Al comparar los resultados obtenidos del pre-test y post-test en la Categoría A1: Incapacidad para utilizar conductas no verbales en la regulación de la interacción social, utilizando la prueba de Wilcoxon, observamos que no existen evidencias estadísticas significativas, por lo que se acepta la Hipótesis Nula y rechaza la Hipótesis alterna, ya que la probabilidad del estadístico de Wilcoxon (valor $p=0.18$) es mayor que nivel de significancia $\alpha = 0.05$.

Se puede concluir que no existen diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de la Categoría A1: Incapacidad para utilizar conductas no verbales en la regulación de la interacción social de los niños antes y después de su participación en la terapia aplicada.

Tabla 7

Conclusión sobre el estadístico de Wilcoxon de la Entrevista para el diagnóstico del Autismo, Edición Revisada. ADI – R. Categoría A1: Incapacidad para utilizar conductas no verbales en la regulación de la interacción social

Estadísticos de contraste^a

	A1post - A1pre
Z	-1.342 ^b
Sig. asintót. (bilateral)	0.180

a. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

b. Basado en los rangos positivos.

Tabla 8

Prueba de Wilcoxon para la comparación de las medianas obtenidas en el pre-test y el post-test en la Entrevista para el diagnóstico del Autismo, Edición Revisada. ADI – R. Categoría A2: Incapacidad para desarrollar relaciones con sus iguales

Rangos				
	N	Rango promedio	Suma de rangos	
A2post - A2pre	Rangos negativos	6 ^a	3.50	21.00
	Rangos positivos	0 ^b	.00	.00
	Empates	0 ^c		
	Total	6		

a. A2post < A2pre

b. A2post > A2pre

c. A2post = A2pre

En la tabla No.8 Y 9. Al comparar los resultados obtenidos del pre-test y post-test en la Categoría A2: Incapacidad para desarrollar relaciones con sus iguales, utilizando la prueba de Wilcoxon, observamos que existen evidencias estadísticamente significativas, por lo que se rechaza la Hipótesis Nula y acepta la Hipótesis alterna, ya que la probabilidad del estadístico de Wilcoxon (valor $p=0.02$) es menor que nivel de significancia $\alpha = 0.05$.

Se puede concluir que existen diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de la Categoría A2: Incapacidad para desarrollar relaciones con sus iguales de los niños antes y después de su participación en la terapia aplicada.

Tabla 9

Conclusión sobre el estadístico de Wilcoxon de la Entrevista para el diagnóstico del Autismo, Edición Revisada. ADI – R. Categoría A2: Incapacidad para desarrollar relaciones con sus iguales

Estadísticos de contraste ^a	
	A2post - A2pre
Z	-2.264 ^b
Sig. asintót. (bilateral)	0.024

a. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

b. Basado en los rangos positivos.

Tabla 10

Prueba de Wilcoxon para la comparación de las medianas obtenidas en el pre-test y el post-test en la Entrevista para el diagnóstico del Autismo, Edición Revisada. ADI – R. Categoría A3: Falta de goce o placer compartido

		Rangos		
		N	Rango promedio	Suma de rangos
A3pos - A3pre	Rangos negativos	3 ^a	2.67	8.00
	Rangos positivos	1 ^b	2.00	2.00
	Empates	2 ^c		
	Total	6		

a. A3pos < A3pre

b. A3pos > A3pre

c. A3pos = A3pre

En la tabla No.10 Y 11. Al comparar los resultados obtenidos del pre-test y post-test en la Categoría A3: Falta de goce o placer compartido, utilizando la prueba de Wilcoxon, observamos que no existen evidencias estadísticas significativa, por lo que se acepta la Hipótesis Nula y rechaza la Hipótesis alterna, ya que la probabilidad del estadístico de Wilcoxon (valor $p=0.25$) es mayor que nivel de significancia $\alpha = 0.05$.

Se puede concluir que no existen diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de la Categoría A3: Falta de goce o placer compartido de los niños antes y después de su participación en la terapia aplicada.

Tabla 11

Conclusión sobre el estadístico de Wilcoxon de la Entrevista para el diagnóstico del Autismo, Edición Revisada. ADI – R. Categoría A3: Falta de goce o placer compartido

Estadísticos de contraste^a

	A3pos - A3pre
Z	-1.134 ^b
Sig. asintót. (bilateral)	0.257

a. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

b. Basado en los rangos positivos.

Tabla 12

Prueba de Wilcoxon para la comparación de las medianas obtenidas en el pre-test y el post-test en la Entrevista para el diagnóstico del Autismo, Edición Revisada. ADI – R. Categoría A4: Falta de reciprocidad socio-emocional

Rangos

	N	Rango promedio	Suma de rangos
A4post - A4pre	Rangos negativos	4 ^a	10.00
	Rangos positivos	0 ^b	.00
	Empates	2 ^c	
	Total	6	

a. A4post < A4pre

b. A4post > A4pre

c. A4post = A4pre

En la tabla No.12 Y 13. Al comparar los resultados obtenidos del pre-test y post-test en la Categoría A4: Falta de reciprocidad socio-emocional, utilizando la prueba de Wilcoxon, observamos que no existen evidencias estadísticas significativa, por lo que se acepta la Hipótesis Nula y rechaza la Hipótesis alterna, ya que la probabilidad del estadístico de Wilcoxon (valor $p=0.06$) es mayor que nivel de significancia $\alpha = 0.05$.

Se puede concluir que no existen diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de la Categoría A4: Falta de reciprocidad socio-emocional de los niños antes y después de su participación en la terapia aplicada.

Tabla 13

Conclusión sobre el estadístico de Wilcoxon de la Entrevista para el diagnóstico del Autismo, Edición Revisada. ADI – R. Categoría A4: Falta de reciprocidad socio-emocional

Estadísticos de contraste ^a	
	A4post - A4pre
Z	-1.857 ^b
Sig. asintót. (bilateral)	0.063

a. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

b. Basado en los rangos positivos.

Tabla 14

Prueba de Wilcoxon para la comparación de las medianas obtenidas en el pre-test y el post-test en la Entrevista para el diagnóstico del Autismo, Edición Revisada. ADI – R. En la Escala A Total.

Rangos			
	N	Rango promedio	Suma de rangos
TotpostA - TotpreA	Rangos negativos	6 ^a	21.00
	Rangos positivos	0 ^b	.00
	Empates	0 ^c	
	Total	6	

a. TotpostA < TotpreA

b. TotpostA > TotpreA

c. TotpostA = TotpreA

En la tabla No.14 Y 15. Al comparar los resultados obtenidos del pre-test y post-test en la Escala Total, utilizando la prueba de Wilcoxon, observamos que existen evidencias estadísticas significativa, por lo que se rechaza la Hipótesis Nula y acepta la Hipótesis alterna, ya que la probabilidad del estadístico de Wilcoxon (valor $p=0.02$) es menor que nivel de significancia $\alpha = 0.05$.

Se puede concluir que existen diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de Escala Total de los niños antes y después de su participación en la terapia aplicada.

Tabla 15

Conclusión sobre el estadístico de Wilcoxon de la Entrevista para el diagnóstico del Autismo, Edición Revisada. ADI – R. En la Escala A Total: Alteraciones cualitativas de la interacción social recíproca

Estadísticos de contraste^a	
	TotpostA – TotpreA
Z	-2.207 ^b
Sig. asintót. (bilateral)	0.027

a. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

b. Basado en los rangos positivos.

Tabla 16

Prueba de Wilcoxon para la comparación de las medianas obtenidas en el pre-test y el post-test en la Entrevista para el diagnóstico del Autismo, Edición Revisada. ADI – R. Categoría B1: Falta o retraso del lenguaje hablado e incapacidad para compensar esta falta mediante gestos

		Rangos		
		N	Rango promedio	Suma de rangos
B1post - B1pre	Rangos negativos	2 ^a	1.50	3.00
	Rangos positivos	0 ^b	.00	.00
	Empates	4 ^c		
	Total	6		

a. B1post < B1pre

b. B1post > B1pre

c. B1post = B1pre

En la tabla No.16 Y 17. Al comparar los resultados obtenidos del pre-test y post-test en la Categoría B1: Falta o retraso del lenguaje hablado e incapacidad para compensar esta falta mediante gestos, utilizando la prueba de Wilcoxon, observamos que no existen evidencias estadísticas significativa, por lo que se acepta la Hipótesis Nula y rechaza la Hipótesis alterna, ya que la probabilidad del estadístico de Wilcoxon (valor $p=0.15$) es mayor que nivel de significancia $\alpha = 0.05$.

Se puede concluir que no existen diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de la Categoría B1: Falta o retraso del lenguaje hablado e incapacidad para compensar esta falta mediante gestos de los niños antes y después de su participación en la terapia aplicada.

Tabla 17

Conclusión sobre el estadístico de Wilcoxon de la Entrevista para el diagnóstico del Autismo, Edición Revisada. ADI – R. Categoría B1: Falta o retraso del lenguaje hablado e incapacidad para compensar esta falta mediante gestos

Estadísticos de contraste^a	
	B1post - B1pre
Z	-1.414 ^b
Sig. asintót. (bilateral)	0.157

a. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

b. Basado en los rangos positivos.

Tabla 18

Prueba de Wilcoxon para la comparación de las medianas obtenidas en el pre-test y el post-test en la Entrevista para el diagnóstico del Autismo, Edición Revisada. ADI – R. Categoría B2: Incapacidad relativa para iniciar o sostener un intercambio conversacional

Rangos			
	N	Rango promedio	Suma de rangos
B2post - B2pre	Rangos negativos	1 ^a	1.00
	Rangos positivos	0 ^b	.00
	Empates	5 ^c	
	Total	6	

a. B2post < B2pre

b. B2post > B2pre

c. B2post = B2pre

En la tabla No.18 Y 19. Al comparar los resultados obtenidos del pre-test y post-test en la Categoría B2: Incapacidad relativa para iniciar o sostener un intercambio conversacional, utilizando la prueba de Wilcoxon, observamos que no existen evidencias estadísticas significativa, por lo que se acepta la Hipótesis Nula y rechaza la Hipótesis alterna, ya que la probabilidad del estadístico de Wilcoxon (valor $p=0.31$) es mayor que nivel de significancia $\alpha = 0.05$. Se puede concluir que no existen diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de la Categoría B2: Incapacidad relativa para iniciar o sostener un intercambio conversacional de los niños antes y después de su participación en la terapia aplicada.

Tabla 19

Conclusión sobre el estadístico de Wilcoxon de la Entrevista para el diagnóstico del Autismo, Edición Revisada. ADI – R. Categoría B2: Incapacidad relativa para iniciar o sostener un intercambio conversacional

Estadísticos de contraste ^a	
	B2post - B2pre
Z	-1.000 ^b
Sig. asintót. (bilateral)	0.317

a. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

b. Basado en los rangos positivos.

Tabla 20

Prueba de Wilcoxon para la comparación de las medianas obtenidas en el pre-test y el post-test en la Entrevista para el diagnóstico del Autismo, Edición Revisada. ADI – R. Categoría B3: Habla estereotipada, repetitiva e idiosincrásica

Rangos				
	N	Rango promedio	Suma de rangos	
B3post - B3pre	Rangos negativos	2 ^a	1.50	3.00
	Rangos positivos	0 ^b	.00	.00
	Empates	4 ^c		
	Total	6		

a. B3post < B3pre

b. B3post > B3pre

c. B3post = B3pre

En la tabla No.20 Y 21. Al comparar los resultados obtenidos del pre-test y post-test en la Categoría B3: Habla estereotipada, repetitiva e idiosincrásica, utilizando la prueba de Wilcoxon, observamos que no existen evidencias estadísticas significativa, por lo que se acepta la Hipótesis Nula y rechaza la Hipótesis alterna, ya que la probabilidad del estadístico de Wilcoxon (valor $p=0.15$) es mayor que nivel de significancia $\alpha = 0.05$.

Se puede concluir que no existen diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de la Categoría B3: Habla estereotipada, repetitiva e idiosincrásica de los niños antes y después de su participación en la terapia aplicada.

Tabla 21

Conclusión sobre el estadístico de Wilcoxon de la Entrevista para el diagnóstico del Autismo, Edición Revisada. ADI – R. Categoría B3: Habla estereotipada, repetitiva e idiosincrásica.

Estadísticos de contraste^a	
	B3post - B3pre
Z	-1.414 ^b
Sig. asintót. (bilateral)	0.157

a. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

b. Basado en los rangos positivos.

Tabla 22

Prueba de Wilcoxon para la comparación de las medianas obtenidas en el pre-test y el post-test en la Entrevista para el diagnóstico del Autismo, Edición Revisada. ADI – R. Categoría B4: Falta de juego imaginativo o juego social imitativo espontáneo y variado

Rangos			
	N	Rango promedio	Suma de rangos
B4post - B4pre	Rangos negativos	0 ^a	.00
	Rangos positivos	0 ^b	.00
	Empates	6 ^c	
	Total	6	

a. B4post < B4pre

b. B4post > B4pre

c. B4post = B4pre

En la tabla No.22 Y 23. Al comparar los resultados obtenidos del pre-test y post-test en la Categoría B4: Falta de juego imaginativo o juego social imitativo espontáneo y variado, utilizando la prueba de Wilcoxon, observamos que no existen evidencias estadísticas significativa, por lo que se acepta la Hipótesis Nula y rechaza la Hipótesis alterna, ya que la probabilidad del estadístico de Wilcoxon (valor $p=1.00$) es mayor que nivel de significancia $\alpha = 0.05$.

Se puede concluir que no existen diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de la Categoría B4: Falta de juego imaginativo o juego social imitativo espontáneo y variado de los niños antes y después de su participación en la terapia aplicada.

Tabla 23

Conclusión sobre el estadístico de Wilcoxon de la Entrevista para el diagnóstico del Autismo, Edición Revisada. ADI – R. Categoría B4: Falta de juego imaginativo o juego social imitativo espontáneo y variado.

Estadísticos de contraste^a	
	B4post - B4pre
Z	.000 ^b
Sig. asintót. (bilateral)	1.000

a. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

b. La suma de rangos negativos es igual a la suma de rangos positivos.

Tabla 24

Prueba de Wilcoxon para la comparación de las medianas obtenidas en el pre-test y el post-test en la Entrevista para el diagnóstico del Autismo, Edición Revisada. ADI – R. En la Escala B Total.

Rangos				
	N	Rango promedio	Suma de rangos	
TotpostB – TotpreB	Rangos negativos	3 ^a	2.00	6.00
	Rangos positivos	0 ^b	.00	.00
	Empates	3 ^c		
	Total	6		

a. TotpostB < TotpreB

b. TotpostB > TotpreB

c. TotpostB = TotpreB

En la tabla No.24 Y 25. Al comparar los resultados obtenidos del pre-test y post-test en la En la Escala B Total, utilizando la prueba de Wilcoxon, observamos que no existen evidencias estadísticas significativa, por lo que se acepta la Hipótesis Nula y rechaza la Hipótesis alterna, ya que la probabilidad del estadístico de Wilcoxon (valor $p=0.10$) es mayor que nivel de significancia $\alpha = 0.05$.

Se puede concluir que no existen diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de la Escala B Total de los niños antes y después de su participación en la terapia aplicada.

Tabla 25

Conclusión sobre el estadístico de Wilcoxon de la Entrevista para el diagnóstico del Autismo, Edición Revisada. ADI – R. En la Escala B Total: Alteraciones cualitativas de la comunicación

Estadísticos de contraste^a	
	TotpostB – TotpreB
Z	-1.633 ^b
Sig. asintót. (bilateral)	0.102

a. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

b. Basado en los rangos positivos.

3.3.Discusión de los resultados

Es importante que partamos de la limitante de nuestro diseño de investigación: el cuasiexperimento es un diseño de estudio dentro de los estudios experimentales, este diseño tiene el mismo propósito que los estudios experimentales: probar la existencia de una relación causal entre dos o más variables. Cabe resaltar que este tipo de diseño es mucho más vulnerable a las amenazas contra la validez inferencial, porque se tiene menos control experimental, cuando no se tiene grupo de comparación se debilita la validez de los resultados.

El cuasiexperimento, es una investigación que posee todos los elementos de un experimento, excepto que los sujetos no se asignan aleatoriamente, por lo que el investigador se enfrenta con la tarea de identificar y separar los efectos de los tratamientos del resto de factores que pueden afectar a la variable dependiente.

Por lo que para tener un mayor control en esta investigación se realizaron dos mediciones: una antes y otra después de la aplicación del tratamiento. También el mismo grupo se comparó consigo mismo, para conocer cuáles eran los efectos de la Arteterapia cognitivo conductual para niños de 7 a 12 años, con trastorno del espectro autista en condición de riesgo social.

Se trató de controlar las variables extrañas al seleccionar una muestra que fuera lo más parecida posible entre sí: el tutor legal debía haber firmado el consentimiento informado, el niño o niña debía estar diagnosticado con trastorno del espectro autista, y ser atendido por la Fundación Autism Wave. Tener entre 7 a 12 años. Vivir en condición de vulnerabilidad social.

En la primera sesión grupal del programa de arteterapia se evidenciaron las dificultades adaptativas que presentan los niños diagnosticados con trastorno del espectro autista, ya que la mayoría reaccionó de forma negativa al nuevo espacio, no queriendo entrar, en algunos casos y queriendo salir a los pocos minutos en otros. El funcionamiento adaptativo se refiere al desempeño en las actividades diarias, incluyendo conductas esenciales para la comunicación y socialización (Roselló-Miranda, Berenguer y Miranda 2018). Ninguno de los participantes accedió al contacto físico al saludar (dar

la mano) con los compañeros ni con el terapeuta de manera espontánea, debiendo los tutores insistir para que lo hicieran. Algunos participantes salieron corriendo sin control en el espacio y se subieron a las colchonetas a saltar de forma muy efusiva, mientras que la única niña no paraba de llorar y gritar. Según Roselló-Miranda, et, al (2018), los niños con TEA presentan también una actitud más negativa hacia el aprendizaje y más problemas en la relación con los compañeros dentro del aula.

Al inicio de las sesiones siempre se realizó un ritual de bienvenida que consistía en hacer un círculo tomados de las manos, lo que causó el enérgico rechazo de todos los participantes, ninguno aceptó tomarse de la mano con otra persona que no fuera su tutor. El TEA se caracteriza por déficits en la reciprocidad socioemocional con dificultades para iniciar interacciones sociales, disminución de intereses sociales y déficits en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones. Sin embargo, además de los síntomas específicos que presentan los individuos con TEA, éstos también demuestran otras conductas problemáticas, relacionadas con el oposicionismo y la agresividad, así como dificultades de tipo emocional (Berenguer, C. Colomer, C. Miranda, A 2017).

A los tutores se les dio una pequeña capacitación para que fueran aliados del terapeuta durante las sesiones; se les explicó detalladamente los momentos y ejercicios del programa y se les incentivó a ser de “modelos” de todos los ejercicios, de tal manera que ellos los hacían después de que el terapeuta los mostraba para posteriormente proponérselo a los niños. En la primera y segunda sesión hubo poca o nula interacción entre los niños, pero sí bastante entre los tutores. Esta interacción entre los tutores, llevó posteriormente a los niños a estar más tranquilos y acceder al contacto físico con los compañeros y sentirse más cómodos en el espacio. Normalmente en arteterapia cognitivo conductual se combinan los medios plásticos y visuales con las técnicas clásicas como visualización guiada de imágenes, técnicas de relajación, juegos de rol, desensibilización sistemática, evaluación de los estados mentales (López 2015).

La comunicación de los niños en condición de autismo en general y de los participantes de esta investigación en particular era muy pobre en términos generales. Como nos comenta Monfort (2009), la comunicación es uno de los tres ejes que definen

el cuadro autista y las habilidades pragmáticas (limitaciones funcionales, ecolalias, etc.) se van a ver afectadas de manera sistemática.

Presentaban poco o escaso contacto visual, casi nula espontaneidad, ecolalia, uso del cuerpo para señalar y no usar el lenguaje verbal, bajo seguimiento de instrucciones y pocas muestras de juego social. Por lo tanto, en las dos primeras sesiones fue muy difícil seguir el cronograma planteado y el espacio de trabajo se tornó bastante estresante por los gritos y llantos de los niños, sumando el no seguimiento de instrucciones y la poca receptividad hacia los ejercicios.

Otro factor importante en las características de los niños participantes de la investigación fue su condición de vulnerabilidad social, ya que la mayoría no había tenido acceso o muy limitado a terapias específicas para su condición. Así, ser niño y adolescente ya es una condición de vulnerabilidad que se agrava aún más cuando otras características se hacen presentes, tales como: presentar alguna discapacidad mental, vivir en situación de calle, ser jornalero agrícola migrante, indígena, tener bajos recursos, vivir en lugares poco accesibles, entre otras. (Corona, 2017).

La primera sesión fue literalmente una avalancha de estímulos e información que elevó los niveles de estrés del grupo y llevó al terapeuta a cuestionarse la viabilidad del programa. Con el transcurrir de las sesiones el ambiente en el espacio de trabajo mejoró sustancialmente ya que no se presentaron más escenas de llanto, los niños empezaron a acceder a tomarse de las manos, a realizar contacto visual entre ellos y con el terapeuta. Los tutores siguieron desempeñando su rol fundamental en hacer de modelos de los ejercicios y tranquilizar a los niños ante cualquier situación estresante para ellos, cada vez fungían menos como intermediarios entre el terapeuta y los niños y se evidenciaron las primeras muestras de juego social en ejercicios como “la queda”.

Además del trabajo en habilidades sociales, aprendizaje cooperativo e improvisación, en este estudio, al igual que en el de Kempe (2014) citado por Calafat, Sanz y Tárrga (2016), también se ha hecho uso de técnicas de relajación, a partir de sonidos y masajes relajantes, lo cual les ha ayudado a disminuir posibles tensiones y nerviosismo. Como podemos ver, en este trabajo se ha considerado la efectividad de las

técnicas utilizadas en estudios previos para ofrecer una intervención de calidad a los participantes del estudio. A partir de este trabajo, podemos concluir que realizando actividades similares hemos obtenido resultados positivos, por lo que hemos comprobado que este tipo de actividades mejoran la relación y adaptación de estos alumnos (Calafat, Et, al. 2016).

En las dos últimas sesiones el grupo adquirió su propia dinámica y las sonrisas y carcajadas fueron la constante, no se necesitó de los tutores para estas sesiones y los niños seguían el cien por ciento de las instrucciones del terapeuta, disfrutando de las actividades individuales y de interacción social. Se empezaron a llamar por sus nombres y decirse “amigos”. Fue evidente el avance en la interacción e integración del grupo, así como el progreso individual en cada uno de los ejercicios.

Son muchos los beneficios que ofrece el arteterapia a los procesos cognitivos como por ejemplo: desarrolla el lenguaje simbólico que actúa como medio de expresión no verbal, enriquece la capacidad perceptiva, estimula el potencial creativo, permite desarrollar destrezas y habilidades motoras, promueve la expresión emocional y la empatía, permite integrar sentimientos contradictorios y satisface intereses humanos como la autoexpresión y creación (Marinovic 1994).

Para un análisis más completo se utilizó el estadístico de Wilcoxon para comprobar si existían diferencias significativas antes y después de participar en el programa de Arteterapia cognitivo conductual para niños de 7 a 12 años, como se presenta a continuación:

En la escala A Total: Alteraciones cualitativas de la interacción social recíproca, con la significancia asintótica de ($p = 0.02$) es menor al nivel de significancia ($\alpha = 0.05$), se rechaza la Hipótesis Nula y acepta la Hipótesis alterna. El programa de Arteterapia cognitivo conductual para niños de 7 a 12 años, con trastorno del espectro autista en condición de riesgo social mejoró de forma estadísticamente significativa las alteraciones cualitativas de la interacción social recíproca.

Como se mencionó anteriormente, la observación clínica dio indicios de mejoras a nivel global en las áreas evaluadas de todos los participantes, lo cual se corrobora

estadísticamente con este análisis. El programa terapéutico tiene un alto componente de ejercicios de interacción social, lo que se vio reflejado en estos resultados positivos en el mejoramiento de las alteraciones cualitativas de la interacción social.

En la escala A, la Categoría A1: Incapacidad para utilizar conductas no verbales en la regulación de la interacción social, con la significancia asintótica de ($p = 0.18$) es mayor al nivel de significancia ($\alpha = 0.05$), se acepta la Hipótesis Nula y rechaza la Hipótesis alterna. El programa de Arteterapia cognitivo conductual para niños de 7 a 12 años, con trastorno del espectro autista en condición de riesgo social no mejoró de forma estadísticamente significativa la Incapacidad para utilizar conductas no verbales en la regulación de la interacción social.

A nivel global se ven reflejados resultados positivos en el mejoramiento de la interacción social. Sin embargo, en las subescalas como ésta, los cambios no fueron lo suficientemente potentes para que fueran estadísticamente significativos. Posiblemente con un mayor número de sesiones, los pequeños cambios que se alcanzaron a observar se hubiesen consolidado para ser estadísticamente significativos.

En la escala A, la Categoría A2: Incapacidad para desarrollar relaciones con sus iguales, con la significancia asintótica de ($p = 0.02$) es menor al nivel de significancia ($\alpha = 0.05$), se rechaza la Hipótesis Nula y acepta la Hipótesis alterna. El programa de Arteterapia cognitivo conductual para niños de 7 a 12 años, con trastorno del espectro autista en condición de riesgo social mejoró de forma estadísticamente significativa la Incapacidad para desarrollar relaciones con sus iguales.

Uno de los pilares de este programa terapéutico incluye los ejercicios que promueven el juego en grupo, el contacto físico entre los niños, la imaginación y la creatividad al jugar.

En la escala A, la Categoría A3: Falta de goce o placer compartido, con la significancia asintótica de ($p = 0.25$) es mayor al nivel de significancia ($\alpha = 0.05$), se acepta la Hipótesis Nula y rechaza la Hipótesis alterna. El programa de Arteterapia cognitivo conductual para niños de 7 a 12 años, con trastorno del espectro autista en

condición de riesgo social no mejoró de forma estadísticamente significativa la Falta de goce o placer compartido.

Como ya se mencionó, a nivel observacional sí se notaron pequeños avances en todas las áreas, sin embargo no fueron tan notorias para ser estadísticamente significativos.

En la escala A, la Categoría A4: Falta de reciprocidad socio-emocional, con la significancia asintótica de ($p = 0.06$) es mayor al nivel de significancia ($\alpha = 0.05$), se acepta la Hipótesis Nula y rechaza la Hipótesis alterna. El programa de Arteterapia cognitivo conductual para niños de 7 a 12 años, con trastorno del espectro autista en condición de riesgo social no mejoró de forma estadísticamente significativa la Falta de reciprocidad socio-emocional.

La reciprocidad socioemocional implica mecanismos cognitivos muy complejos que tienen que ver justamente con las mayores dificultades de los niños con espectro autista como es la empatía y por la brevedad de la intervención no se consolidaron estos nuevos aprendizajes.

En la escala B Total: Alteraciones cualitativas de la comunicación, con la significancia asintótica de ($p = 0.10$) es mayor al nivel de significancia ($\alpha = 0.05$), se acepta la Hipótesis Nula y rechaza la Hipótesis alterna. El programa de Arteterapia cognitivo conductual para niños de 7 a 12 años, con trastorno del espectro autista en condición de riesgo social no mejoró de forma estadísticamente significativa la Alteraciones cualitativas de la comunicación.

El programa de arteterapia está más focalizado en actividades que promueven la interacción social que la comunicación y esto se evidencia en los resultados, ya que se comprueba que con el número de sesiones y actividades propuestas los cambios observados no son significativos estadísticamente.

En la escala B, la Categoría B1: Falta o retraso del lenguaje hablado e incapacidad para compensar esta falta mediante gestos, con la significancia asintótica de ($p = 0.15$) es mayor al nivel de significancia ($\alpha = 0.05$), se acepta la Hipótesis Nula y

rechaza la Hipótesis alterna. El programa de Arteterapia cognitivo conductual para niños de 7 a 12 años, con trastorno del espectro autista en condición de riesgo social no mejoró de forma estadísticamente significativa la Falta o retraso del lenguaje hablado e incapacidad para compensar esta falta mediante gestos.

Los cambios notados por observación no son reflejados estadísticamente, sumado al poco énfasis en técnicas de tratamiento de problemas del lenguaje que tiene el programa de arteterapia y el bajo número de sesiones.

En la escala B, la Categoría B2: Incapacidad relativa para iniciar o sostener un intercambio conversacional, con la significancia asintótica de ($p = 0.31$) es mayor al nivel de significancia ($\alpha = 0.05$), se acepta la Hipótesis Nula y rechaza la Hipótesis alterna. El programa de Arteterapia cognitivo conductual para niños de 7 a 12 años, con trastorno del espectro autista en condición de riesgo social no mejoró de forma estadísticamente significativa la Incapacidad relativa para iniciar o sostener un intercambio conversacional.

Los cambios notados por observación no son reflejados estadísticamente, sumado al poco énfasis en técnicas de tratamiento de problemas del lenguaje que tiene el programa de arteterapia y el bajo número de sesiones.

En la escala B, la Categoría B3: Habla estereotipada, repetitiva e idiosincrásica, con la significancia asintótica de ($p = 0.15$) es mayor al nivel de significancia ($\alpha = 0.05$), se acepta la Hipótesis Nula y rechaza la Hipótesis alterna. El programa de Arteterapia cognitivo conductual para niños de 7 a 12 años, con trastorno del espectro autista en condición de riesgo social no mejoró de forma estadísticamente significativa el habla estereotipada, repetitiva e idiosincrásica.

Los cambios notados por observación no son reflejados estadísticamente, sumado al poco énfasis en técnicas de tratamiento de problemas del lenguaje que tiene el programa de arteterapia y el bajo número de sesiones.

En la escala B, la Categoría B4: Falta de juego imaginativo o juego social imitativo espontáneo y variado, con la significancia asintótica de ($p = 1.00$) es mayor al

nivel de significancia ($\alpha = 0.05$), se acepta la Hipótesis Nula y rechaza la Hipótesis alterna. El programa de Arteterapia cognitivo conductual para niños de 7 a 12 años, con trastorno del espectro autista en condición de riesgo social no mejoró de forma estadísticamente significativa la Falta de juego imaginativo o juego social imitativo espontáneo y variado.

Los cambios notados por observación no son reflejados estadísticamente, sumado al poco énfasis en técnicas de tratamiento de problemas del lenguaje que tiene el programa de arteterapia y el bajo número de sesiones.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 Conclusiones

El objetivo principal de esta investigación consistió en evaluar la efectividad de un programa de arteterapia en niños de 7 a 12 años, diagnosticados con trastorno del espectro autista que viven en condición de riesgo social en la ciudad de Panamá. Los resultados fueron obtenidos de una muestra de 6 niños, cuya edad oscila entre 7 y 11 años, diagnosticados con trastorno del espectro autista (TEA), y que viven en condición de riesgo social en la ciudad de Panamá, aplicando la Entrevista para el diagnóstico del Autismo, Edición Revisada. ADI – R. De las escalas: A y B.

Según los resultados obtenidos después de finalizar la investigación se llegó a las siguientes conclusiones:

1. El programa de Arteterapia cognitivo conductual para niños de 7 a 12 años, con trastorno del espectro autista en condición de riesgo social mejoró de forma estadísticamente significativa las Alteraciones cualitativas de la interacción social recíproca identificables en la escala A del ADI-R.
2. El programa de intervención no mejoró de forma estadísticamente significativa la Incapacidad para utilizar conductas no verbales en la regulación de la interacción social referentes a la escala A1
3. El programa de intervención mejoró de forma estadísticamente significativa la Incapacidad para desarrollar relaciones con sus iguales, medido en la escala A2.
4. El programa de Arteterapia cognitivo conductual para niños de 7 a 12 años, con trastorno del espectro autista en condición de riesgo social no mejoró de forma estadísticamente significativa la Falta de goce o placer compartido.
5. El programa de intervención no mejoró de forma estadísticamente significativa la Falta de reciprocidad socio-emocional.
6. El programa de Arteterapia cognitivo conductual para niños de 7 a 12 años, con trastorno del espectro autista en condición de riesgo social no mejoró de forma estadísticamente significativa la Alteraciones cualitativas de la comunicación.
7. El programa de Arteterapia cognitivo conductual para niños de 7 a 12 años, con trastorno del espectro autista en condición de riesgo social no mejoró de forma

estadísticamente significativa la Falta o retraso del lenguaje hablado e incapacidad para compensar esta falta mediante gestos.

8. El programa de Arteterapia cognitivo conductual para niños de 7 a 12 años, con trastorno del espectro autista en condición de riesgo social no mejoró de forma estadísticamente significativa la Incapacidad relativa para iniciar o sostener un intercambio conversacional.
9. El programa de Arteterapia cognitivo conductual para niños de 7 a 12 años, con trastorno del espectro autista en condición de riesgo social no mejoró de forma estadísticamente significativa el habla estereotipada, repetitiva e idiosincrásica.
10. El programa de Arteterapia cognitivo conductual para niños de 7 a 12 años, con trastorno del espectro autista en condición de riesgo social no mejoró de forma estadísticamente significativa la falta de juego imaginativo o juego social imitativo espontáneo y variado.
11. La participación de los padres, madres y tutores de los niños fue fundamental para el desarrollo exitoso de las sesiones porque ayudaron con la motivación para realizar las actividades, muchas veces hicieron las veces de “intérprete” entre lo que el terapeuta decía y lo que debía entender el niño, ayudaron en la contención grupal y el modelamiento de conductas. Así mismo facilitaron en la recolección de la evidencia audiovisual de las sesiones. Los padres y madres también aprendieron ejercicios y actividades que pueden realizar en casa con sus hijos ya que participaron de todas las sesiones, en las primeras de manera activa y en las últimas sólo como observadores.

Durante las sesiones se resolvieron dudas que plantearon los padres y se dieron recomendaciones para la realización de los ejercicios del programa de arteterapia en casa.

12. Fue muy notable el avance de la integración grupal y el aumento de la destreza con que los niños realizaban las diferentes actividades. Por medio de la observación clínica se evidenciaron claros progresos individuales en indicadores como saludar al grupo, presentarse, ser líder de juego, socializar con los demás niños y adultos sin la presencia de los padres. Así mismo todos los niños aumentaron el contacto visual y la sonrisa social.

13. Los resultados de esta investigación no deben extrapolarse a otra población diferente a la evaluada, debido a que el diseño de investigación presenta validez externa débil.

4.2 . Recomendaciones

1. Replicar la investigación con mayor número de sesiones ya que las realizadas fueron insuficientes para determinar cambios significativos en la mayoría de escalas de la prueba aplicada. Sin embargo, el grupo se estaba empezando a consolidar y en las dos últimas sesiones se logró un trabajo fluido y dinámico de todos los niños sin el apoyo de padres o tutores. Esto fue tan evidente que los mismos padres solicitaron continuar con el programa ya que se estaban viendo resultados positivos en la dinámica social del grupo.
2. Para próximas investigaciones se recomienda que los participantes tengan el mismo nivel de trastorno del espectro autista TEA, para que las actividades propuestas tengan mejor dinámica y fluidez. Por ejemplo uno de los participantes era mucho menos funcional que los demás y casi no seguía instrucciones, además presentaba mucha ecolalia lo que distraía a los demás niños.
3. Es importante que hayan unas sesiones individuales previas a las grupales para que los niños se habitúen al lugar del taller y se familiaricen con el terapeuta, así al estar en grupos van a estar mejor preparados para los nuevos estímulos.
4. Incluir más actividades que trabajen el lenguaje, ya que se evidenciaron debilidades en esta área
5. Desarrollar grupos terapéuticos para niños con trastorno del espectro autista ya que el aspecto social es muy poco trabajada en las terapias convencionales.
6. Incluir la arteterapia en los programas educativos públicos y privados dirigidos a población con discapacidad.
7. Desarrollar programas de entrenamiento para padres y tutores para que no dependan únicamente de las terapias dadas por especialistas, teniendo en cuenta que gran parte de la población en riesgo social no tiene acceso a estos.

8. Incluir más sesiones donde se trabaje la comunicación verbal y el desarrollo del lenguaje expresivo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Art Therapy Association (AATA). (2013).
- American Art Therapy Association (AATA). (2019). Recuperado de <https://arttherapy.org/about/>).
- American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4^a ed. Washington DC: Masson.
- American Psychiatric Association (2013). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5. Páginas: 996.
- Arias Sandoval. L. (2009). Las interacciones sociales que se desarrollan en los salones de clase y su relación con la práctica pedagógica que realiza el docente en el aula. *Revista Posgrado y sociedad*. Buenos Aires
- Asociación Española de profesionales del Autismo (2009). XII Congreso de AETAPI.
- Asociación Internacional Autismo Europa (2000). Descripción del Autismo. *Autisme Europe*, pp. 1-14
- Baixauli, I, Berenguer, C, Mira, A, Miranda, A, Roselló, B (2019). Contexto Familiar de Niños Con Autismo. Implicaciones en el desarrollo social y emocional. *Revista Medicina*, Vol 79, supl 1, pp 22-26. Buenos Aires.
- Ballesteros Páez, Jesús Antonio. (2015). Blog Jesús Antonio ballesteros paez. Disponible en: <http://jesusantonioballesterospaez.blogspot.com/2014/05/que-es-la-comunicacion.html>
- Baron-Cohen, S., Allen, J., & Gillberg C. (1992). Can autism be detected at 18 months? The needle, the haystack, and the CHAT. *British Journal of Psychiatry* 161, 839-843.
- Berenguer, C. Colomer, C. Miranda, A (2017). *Perspectivas Psicológica y Educativa de las Necesidades Especiales*, Escinfoper, Ed. Valencia España.
- Calafat, M. Sanz, P. Tárraga, R. (2016). El teatro como herramienta de intervención en alumnos con trastorno del espectro autista y discapacidad intelectual. *Revista nacional e internacional de Educación Inclusiva* ISSN: 1889-4208.; e-ISSN 1989-4643. Volumen 9, Número 3, Noviembre 2016. Valencia España.

Castelao, M, Eriz, M, Massot, J & Thomasz, E (2014). Riesgo Social: Medición de la vulnerabilidad en grupos focalizados. Cuadernos del Simbaje N° 16, pp 27-51. Buenos Aires.

Centers for Disease Control and Prevention (2009). Prevalence of autism spectrum disorders-Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, United States, 2006. Surveill Summaries, MMWR, 58, SS-10.

Chamorro, L. (2018). Arteterapia Aplicada a Niños con Autismo. Tesis de grado Universidad de Jaén. Jaén, España.

Corona, F. (2017). La inclusión de niños con discapacidad intelectual y en situación de calle: Una mirada comparativa entre Chile, Colombia y México. Revista ensayos Pedagógicos Vol. XII, N° 2. México.

Cuxart, F. (2000). El Autismo: Aspectos Descriptivos y Terapéuticos. Málaga: Ediciones Aljibe.

Duran, M. (2010). Arte terapia o psicoterapia por el arte: qué es y cómo se aplica. Exposición ilustrada con un estudio de caso.

Fernández Añino, María Isabel. (2003). Creatividad, arte terapia y autismo. Un acercamiento a la actividad Plástica como proceso creativo en niños autistas. Arte individuo y sociedad, 135-152. Universidad Complutense de Madrid

Fernández Quijanes, Mayra Sofía (2016). Acompañamiento a través del Arte. Una intervención de Arteterapia con un niño con Trastorno del Espectro Autista. Pontificia Universidad Católica de Valparaíso. Santiago de Chile

Fortea, M.S., Escandell, M.O., Castro, J.J. (2013) ¿Cuántas personas con autismo hay? Una revision teórica. International Journal of Developmental and Educational Psychology. INFAD Revista de Psicología, 1(1) 769-786.

Fuentes-Biggi, J ,Ferrari-Arroyo, Boada-Muñoz, M, Touriño-Aguilera, E, ArtigasPallarés, J, Belinchón-Carmona, M. (2006). Guía de buena práctica para el tratamiento de los trastornos del espectro autista. Rev. Neurol; 43(7): 425-438. España.

Gabalda, I. (2007). Manual Teórico Práctico de Psicoterapias Cognitivas, 2ª Edición, Editorial Desclée de Brower. Bilbao.

Garrote, D., Palomares, A. (2014) Claves para una respuesta ante la educación especial. Universidad de Castilla La Mancha. ISBN: 9788461703500.

González Ortiz, Marina Josefa (2015). Trastorno de espectro autista: una perspectiva pedagógica dirigida al profesorado.

Hernández Sampieri, R; Fernández, C; Batista, P. (2014). Metodología de la investigación, VI Edición. Editorial Mc Graw Hill, Traducido en México.

Hernández Sampieri, R; Fernández, C; Baptista, P. (2010) Metodología de la investigación. V Edición. Chile: Mc Graw Hill.

Hogan, S. (2001). Healing Arts: The History of Art Therapy. London: Jessica Kingsley Publishers.

Jolley, Richard P.; O'Kelly, Rachael, Barlow, Claire M.; Jarrol, Christopher. (2013). Expressive drawing ability in children with autism. British Journal of Developmental Psychology.

Klein, J.P, Bassols, M. y Bonet, E. (Coord.) (2008). Arteterapia. La creación como proceso de transformación. Barcelona, Octaedro.

Kleinman, J. M., Robins, D. L., Ventola, P. E., Pandey, J., Boorstein, H. C., Esser, E. L., Wilson, L. B., Rosenthal, M. A., Sutera, S., Verbalis, A. D. (2007). The Modified Checklist for Autism in Toddlers: An initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. Journal of Autism and Developmental Disorders.

Lee, Anthony; Hobson, Peter. (2006). Drawing self and others: How do children with autism differ from those with learning difficulties?. British Journal of Developmental Psychology.

López, D. (2015). Estudio General del uso de los materiales artísticos en el contexto Arteterapéutico Español. Tesis doctoral. Universidad de Murcia: Departamento de Expresión, Plástica, Música y Dinámica. España.

López, M; Martínez, N. (2006). Arteterapia: Conocimiento Interior a través de la expresión artística. Madrid, España: Ediciones Tutor.

López, S., Rivas, R.M. & Taboada, E.M. (2009). Revisiones sobre el autismo. Revista Latinoamericana de Psicología, 41 (3), 555-570.

Lough, Christine L.; Rice, Martin S.; Lough, Larry G. (2012). Choice as a Strategy to Enhance Engagement in a Coloring Task in Children with Autism Spectrum Disorder. Occup. Ther. Int.

Lowenfeld, V; Lambert, W. (1975). Desarrollo de la Capacidad Creadora. Buenos Aires, Argentina: Kapelusz editora S.A.

Marinovic, M. (1994) Las funciones psicológicas de las artes. Publicado en Letras de Deusto, Vol. 24.

Marxen, Eva (2009). Diálogos entre arte y terapia del “arte psicótico” al desarrollo de la arteterapia y sus aplicaciones. Gesida Editorial

Ministerio de Educación, Perú. (2013). Guía para la Atención Educativa de Niños y Jóvenes con Trastorno del Espectro Autista-TEA.

Ministerio de Salud; Ministerio de Educación/Dir. De Educación Especial; Secretaria; Nacional para la Discapacidad (SENADIS); Instituto Panameño de Rehabilitación Especial; Centro Ann Sullivan de Panamá; Fundación Soy Capaz; Fundación Enseñame a Vivir; Fundet-Tomatis; Fundación Mi Ángel Azul. (2013). Primera encuesta nacional sobre el autismo. Panamá.

Monfort, I. (2009). Comunicación y lenguaje: bidireccionalidad en la intervención en niños con trastorno de espectro autista. Revista Neurol, 48 supl 2. S 53-6. Madrid, España.

Mulas F, Ros-Cervera G, Millá MG, Etchepareborda MC, Abad L, Tállez de Meneses M. (2010). Modelos de intervención en niños con autismo. Revista de Neurología.; 50(Supl 3): S77-S84.

Núñez, A. (2004). Arte terapia orientada a personas con autismo: Ciento quince muy bien (Estudio de un caso). XII Congreso AETAPI. Las Palmas de Gran Canaria.

Paín, S. Jarreau, G (1995). Una Psicoterapia por el Arte. Buenos Aires, Argentina. Ediciones Nueva Visión.

Ravelo Hernández, Nieves Beatriz (2016). Arteterapia y Autismo. El arte en la Escuela. Universidad de Laguna. España

Recio M. (2013). Artteràpia en infants amb trastorns de l'espectre autista. Desenvolupament infantil i atenció precoç.

Robins, D. L., Fein, D., Barton, M. L., & Green, J. A. (2001). The Modified Checklist for Autism in Toddlers: An initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. Journal of Autism and Developmental Disorders, 31, 131-144.

Roselló-Miranda, B. Berenguer-Forner, C. Miranda-Casas, A. (2018). Conducta adaptativa y aprendizaje en niños con trastornos del neurodesarrollo (trastornos del espectro autista y trastorno por déficit de atención/hiperactividad). Efectos del funcionamiento ejecutivo. *Revista de Neurología*; 66 Supl 1. Valencia, España.

Rubin, J. A. (2010). *Introduction to art therapy*. New York: Routledge/Taylor & Francis Group.

Thomasz, Esteban Otto; Castelao Caruana, María Eugenia; Massot, Juan Miguel; Eriz, Mariano. (2014). Riesgo social: Medición de la vulnerabilidad en grupos focalizados. Universidad de Buenos Aires. Cuadernos del CIMBAGE N° 16 . 27-51

Wong, V., Hui, L., Lee, W., Wong, V., Lee, W.C, Leung, J.L.S. et al. (2004). A Modified Screening Tool for Autism (Checklist for Autism in Toddlers [CHAT23] for Chinese children). *Pediatrics* 114; 166-176.

Caspan.(2013).Recuperadode<http://caspan.gob.pa/wp-content/uploads/2015/06/Primera-encuesta-nacional-sobre-autismo-2013.pdf>

Organización mundial de la salud (OMS). (2019). Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>)
Tea ediciones (2019). Disponible en: <http://web.teaediciones.com/scq-cuestionario-de-comunicacion-social.aspx>

ANEXOS

Anexo 1

Modelo de Consentimiento Informado (Padre, niños)

La presente investigación conducida por el Licenciado Cesar Archila, psicólogo de profesión, está realizando un estudio cuyo objetivo es Evaluar la efectividad de un programa de arteterapia en niños de 7 a 12 años, diagnosticados con trastorno del espectro autista que viven en condición de riesgo social. Para ello, estamos solicitando que Ud. permita la participación de su hijo(a). La participación en la investigación es estrictamente voluntaria. Los resultados que se obtengan de la investigación serán de uso exclusivo del equipo de investigación y no se emplearán para ningún otro propósito fuera de los planteados en este estudio, los nombres y datos de los participantes permanecerán en todo momento confidenciales. Se le aplicarán instrumentos en varios momentos y sus respuestas serán recogidas usando un número de identificación, por lo que serán anónimos. Asimismo, los datos obtenidos serán manejados de manera estrictamente confidencial, es decir, su identidad no será revelada en ningún momento de la investigación, ni después de ella, y los resultados de las pruebas aplicadas servirán para los fines académicos del estudio.

Ud. puede decidir que su hijo(a) se retire del proyecto en cualquier momento sin que eso lo (la) perjudique en ninguna forma. Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación. Desde ya le agradecemos su participación.

Si está de acuerdo con la participación de su hijo(a), se le pedirá a éste(a) que responda a un conjunto de preguntas, las cuales serán aplicadas en la investigación.

Atentamente

Atentamente

Yo,.....Madre/Padre/Apoderado de (colocar nombre de su hijo(a)..... con cédula..... Si acepto () No acepto () Que mi hijo(a) participe voluntariamente en esta investigación, conducida por el Psicólogo Cesar Archila. He sido informado(a) de que el objetivo de esta investigación es Evaluar la efectividad de un programa de arteterapia en niños de 7 a 12 años, diagnosticados con trastorno del espectro autista que viven en condición de riesgo social. Me han indicado también que mi hijo tendrá que responder a unas preguntas. Asimismo, tengo conocimiento que la información que mi hijo(a) proporcione es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de este estudio sin mi autorización. He sido informado que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida.

Firma de Padre/Madre/Apoderado

Anexo 2

Modelo de Carta de compromiso

Compromiso por parte de los participantes en el programa de arteterapia en niños de 7 a 12 años, diagnosticados con trastorno del espectro autista que viven en condición de riesgo social en la ciudad de Panamá.

Por este medio los participantes y el Licenciado César Archila responsable de la aplicación del programa de arteterapia en niños de 7 a 12 años, diagnosticados con trastorno del espectro autista que viven en condición de riesgo social en la ciudad de Panamá. Se comprometen a:

El participante acepta las siguientes condiciones:

1. Asistir a todas las sesiones.
2. Llegar a tiempo a las sesiones.
3. Completar las tareas para realizar en casa y durante las sesiones.
4. Mantener un comportamiento adecuado durante las sesiones.
5. Respetar a sus compañeros y al Licenciado.

Por su parte el Licenciado César se compromete a:

1. Guardar la confidencialidad de los participantes y de los problemas tratados en las sesiones.
2. Mantener el respeto y consideraciones que merece cada participante.
3. Utilizar los resultados de las evaluaciones única y exclusivamente con fines investigativos.
4. Revelar los resultados de la investigación de forma que la identidad de los participantes se mantenga protegida.

Nombre del participante _____

Firma _____

Fecha: _____

Licenciado César Archila

C.I.P. EC-43-12508

Anexo 3

Sesiones terapéuticas

Programa cognitivo-conductual de arteterapia para niños con trastorno del espectro autista de 7 a 12 años.

Objetivo General del programa:

Ofrecer un espacio lúdico y seguro donde los participantes puedan explorar sus capacidades artísticas de forma dirigida mediante la técnica de la arteterapia cognitivo conductual y así mejorar sus capacidades de interacción social recíproca y de comunicación.

Objetivos específicos del programa:

- Evaluar el nivel del trastorno del espectro autista de los participantes con las escalas A y B de la Entrevista para el Diagnóstico del Autismo ADI-R.
- Capacitar a los padres y tutores sobre las características del trastorno del espectro autista y sobre algunas técnicas para mejorar la interacción social de sus hijos.
- Enseñar técnicas de pintura, escultura, fotografía, teatro y circo a los participantes.
- Explorar las capacidades y posibilidades artísticas de los participantes según los diversos materiales y técnicas a utilizar.
- Ofrecer técnicas para mejorar la interacción social recíproca y la comunicación grupal.
- Generar una red social no virtual a partir del grupo terapéutico.

Sesiones terapéuticas

Tuvieron una duración de una hora. Al inicio de las sesiones, se explica las posibilidades técnicas de los materiales a usar, por ejemplo; el dibujo, moldeado de arcilla, el collage, la elaboración de títeres, la pintura con témperas, pinceles, lanas, etc. De forma verbal y con ayuda de imágenes. Al final de la sesión se llena una ficha por participante (ver anexo 4) con el objetivo de evaluar el compromiso y la vinculación con la actividad. Las

sesiones están diseñadas para que los participantes hagan un recorrido por las diversas facetas de la vida social del ser humano, iniciando desde lo individual, pasando por la familia, la escuela, los amigos.

Introducción Pre test:

Objetivos:

- Aplicar el pretest de manera individual,
- Firmar el consentimiento informado
- Explicar detalladamente el rol de los padres en las sesiones.
- Crear una buena relación de comunicación o alianza terapéutica.

Materiales: Manual y cuadernillos del ADI-R, Papel y lápiz.

SESIÓN 1:

Objetivo: Establecer el encuadre y generar un primer acercamiento por parte de los niños a los materiales y técnicas a usar durante la sesión.

- Ritual de inicio: los niños en el centro del espacio forman un círculo, se les indica que miren a todos sus compañeros y los saluden, posteriormente deben decir su nombre cuando reciban una pelota en sus manos que deberán pasar al compañero de al lado.
- Actividad de mesa: El terapeuta mostrará imágenes con las normas de trabajo durante las sesiones. Cada participante recibirá un grupo de imágenes que usará para comunicarse si no quiere o no puede hablar, las coloreará o pintará según su elección.
- Actividad física: juego social (la queda), rutina de yoga y relajación.
- Ritual de cierre: en círculo cada participante dice en una o pocas palabras lo que le gustó de la sesión. Finalmente se ponen todas las manos unas encima de otras en el centro del círculo y dicen en voz alta la palabra ¡ARTE!

Materiales: papel, lápiz de colores, revistas, arcilla, pasta para moldear, goma, botellas plásticas, calcetines, cartón de diferentes texturas, cuerdas, pelotas, juguetes, palitos.

SESIÓN 2:

Objetivo: explorar las posibilidades para saludar a través del dibujo de la figura humana y juegos de rol.

- Ritual de inicio: los niños en el centro del espacio forman un círculo, se les indica que miren a todos sus compañeros y los saluden, posteriormente deben decir su nombre cuando reciban una pelota en sus manos que deberán pasar al compañero de al lado.
- Actividad de mesa: Consigna; vamos a dibujar sobre hojas de papel una persona. Recuerden que no importa si nos parece bonito o feo, lo importante es hacerle muchos detalles, en otra hoja voy a hacer un dibujo de mí mismo saludando, puedo mezclar colores y materiales.
- Actividad física: juegos de rol representando diferentes personajes que se saludan en diferentes situaciones sociales. Rutina de yoga y relajación.
- Ritual de cierre: en círculo cada participante dice en una o pocas palabras lo que le gustó de la sesión. Finalmente se ponen todas las manos unas encima de otras en el centro del círculo y dicen en voz alta la palabra ¡ARTE!

Materiales: Lápices, marcadores, pinturas de colores, pinceles, hojas de dibujo grande, revistas.

SESIÓN 3:

Objetivo: Representar los lazos familiares a través del moldeado en arcilla.

- Ritual de inicio: los niños en el centro del espacio forman un círculo, se les indica que miren a todos sus compañeros y los saluden, posteriormente deben decir su nombre cuando reciban una pelota en sus manos que deberán pasar al compañero de al lado.

- Actividad de mesa: Consigna; vamos a dibujar una familia sobre este papel. por medio de este material que se llama arcilla, vamos a moldear a las personas que dibujamos. Contar una historia con las esculturas hechas.
- Actividad física: usando disfraces se asumen los diferentes roles de la historia contada y se actúan. Rutina de yoga y relajación.
- Ritual de cierre: Juego social (la queda). En círculo cada participante dice en una o pocas palabras lo que le gustó de la sesión. Finalmente se ponen todas las manos unas encima de otras en el centro del círculo y dicen en voz alta la palabra ¡ARTE!

Materiales: Arcilla para moldeado, papel y lápiz, vestuarios.

SESIÓN 4:

Objetivo: identificar el mundo social de los participantes por medio de la representación de los amigos y la escuela.

- Ritual de inicio: los niños en el centro del espacio forman un círculo, se les indica que miren a todos sus compañeros y los saluden. Deberán decir su nombre en voz alta mientras realizan un movimiento que todo el grupo imitará, después pasa al centro del círculo y saluda al grupo con una venia, el grupo aplaude.
- Actividad de mesa: Consigna; Vamos a construir unos títeres con estos materiales. Cada niño construirá su propio títere de manipulación directa. El terapeuta por medio de un títere debe contar la historia de un niño que va a la escuela y juega con sus amigos.
- Actividad física: Juego de rol con los títeres contruidos donde los participantes se saludan y piden prestado un juguete a un niño de la escuela. Rutina de yoga y relajación.
- Ritual de cierre: Juego social (el espejo). En círculo cada participante dice en una o pocas palabras lo que le gustó de la sesión. Finalmente se ponen todas las manos unas encima de otras en el centro del círculo y dicen en voz alta la palabra ¡ARTE!

Materiales: cajas de cartón pequeñas, calcetines, goma, tijeras, hilos, Lápices, marcadores, pinturas de colores, pinceles, hojas de dibujo grande, revistas.

SESIÓN 5:

Objetivo: Abordar las profesiones o roles sociales que les gustaría practicar en el futuro.

- Ritual de inicio: los niños en el centro del espacio forman un círculo, se les indica que miren a todos sus compañeros y los saluden. Deberán decir su nombre en voz alta mientras realizan un movimiento que todo el grupo imitará, después pasa al centro del círculo y saluda al grupo con una venia, el grupo aplaude.
- Actividad de mesa: El terapeuta contará el cuento “la historia de Iktomi” como estímulo disparador. Consigna; Dibujar sobre papel un “atrapasueños”, y después con los siguientes materiales vamos a construirlo. (se muestra un atrapasueños ya terminado).
- Actividad física: disfraz de las profesiones. Los niños se disfrazan de diversas profesiones como médico, policía, escritor, etc. Pasan al frente del grupo y lo saludan con una venia, el grupo aplaude. Rutina de yoga y relajación.
- Ritual de cierre: Juego social (el espejo). En círculo cada participante dice
- en una o pocas palabras lo que le gustó de la sesión. Finalmente se ponen todas las manos unas encima de otras en el centro del círculo y dicen en voz alta la palabra ¡ARTE!

Materiales: Varillas de madera, lanas y plumas.

SESIÓN 6:

Objetivo: identificar y aprender a expresar las diversas emociones.

- Ritual de inicio: los niños en el centro del espacio forman un círculo, se les indica que miren a todos sus compañeros y los saluden. Deberán pasar

al centro del círculo, hacer una expresión de felicidad, de tristeza, de asombro y saluda al grupo con una venia, el grupo aplaude.

- Actividad de mesa: Cuento motivador elemento disparador: “EL baúl de las emociones”. Consigna: en este baúl están todas las emociones; vamos a buscar personas alegres, después buscaremos personas tristes, luego personas enfadadas y luego personas con miedo. Las recortaremos y pegaremos en hojas separadas. También dibujaremos nuestras emociones.
- Actividad física: Juego de las emociones en el espejo, rutina de yoga y relajación.
- Ritual de cierre: En círculo cada participante dice en una o pocas palabras lo que le gustó de la sesión. Finalmente se ponen todas las manos unas encima de otras en el centro del círculo y dicen en voz alta la palabra ¡ARTE!

SESIÓN 7:

Objetivo: Lograr que los participantes interactúen, pidan prestado objetos a los compañeros, den las gracias y compartan sus propios sueños y deseos.

- Ritual de inicio: los niños en el centro del espacio forman un círculo, se les indica que miren a todos sus compañeros y los saluden. Deberán pasar al centro del círculo, hacer una expresión de felicidad, de tristeza, de asombro y saluda al grupo con una venia, el grupo aplaude.
- Actividad de mesa: Se trabajará una obra colectiva donde es necesaria la cooperación y el intercambio de herramientas de trabajo para la elaboración de un autobús de cartón.
- Actividad física: jugar con el autobús construido realizando las diversas acciones que suceden como parar y subir personas, etc. Rutina de yoga y relajación.
- Ritual de cierre: En círculo cada participante dice en una o pocas palabras lo que le gustó de la sesión. Finalmente se ponen todas las manos unas

encima de otras en el centro del círculo y dicen en voz alta la palabra
¡ARTE!

Materiales: Cartón, Lápices, marcadores, pinturas de colores, pinceles, hojas de dibujo grande, goma blanca.

SESIÓN 8:

Objetivo: Integrar todas las obras surgidas durante las sesiones anteriores en una “puesta en escena”.

- Ritual de inicio: los niños en el centro del espacio forman un círculo, se les indica que miren a todos sus compañeros y los saluden. Deberán pasar al centro del círculo, realizar una acción libre y saludar al grupo con una venia, el grupo aplaude.
- Actividad de mesa: Consigna; vamos a retomar todas nuestras obras de arte para contar la historia de mi vida.
- Actividad física: Usando el títere creado el niño hablará sobre cada una de sus creaciones (se presentará y presentará a otro compañero, su familia, la escuela, los amigos y sus sueños). Rutina de yoga y relajación.
- Ritual de cierre: En círculo cada participante dice en una o pocas palabras lo que le gustó de la sesión. Finalmente se ponen todas las manos unas encima de otras en el centro del círculo y dicen en voz alta la palabra ¡ARTE!

Materiales: todas las creaciones hechas en las sesiones anteriores.

POST TEST

Objetivo: aplicación del post test y devolución del proceso a los padres.

Materiales: lápiz y papel. Manual y cuadernillos del ADI-R

Anexo 4

Cuadro de asistencia y recolección de datos por sesión

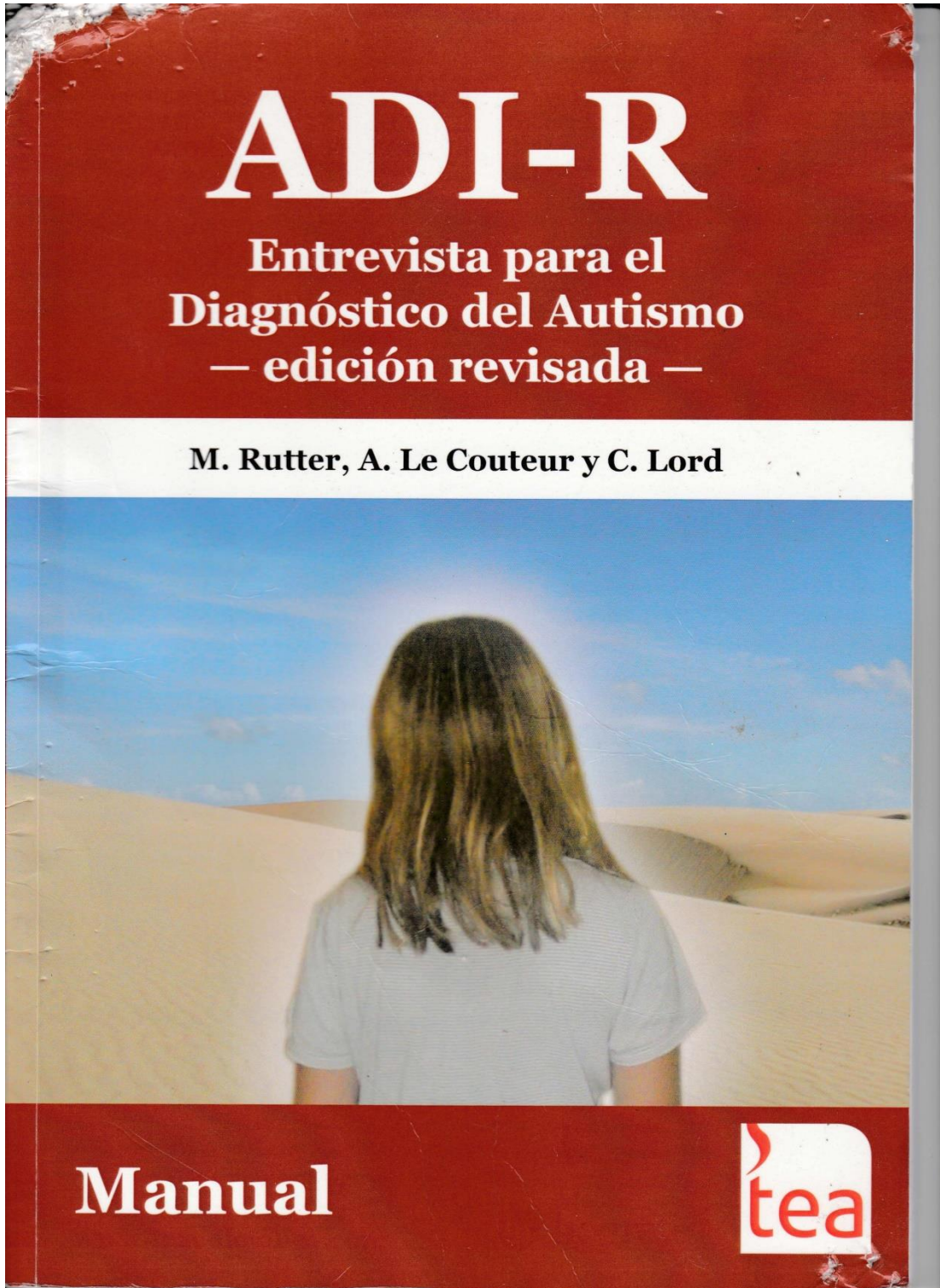
NOMBRE:

<i>Sesión</i>	1	2	3	4	5	6	7	8
Motivación(M, R, P)*								
Comprensión de la consigna(M, R, P)								
Aproximación al material(M, R, P)								
Socialización(M, R, P)								
Verbalización(M, R, P)								
Firma(Sí/No)								
Título(Sí/No)								

***M: mucho R: regular P: poco**

Anexo 5


Portada del manual de la Entrevista para el Diagnóstico del Autismo ADI-R



Anexo 6

Portada del Protocolo de la Entrevista para el Diagnóstico del Autismo ADI-R

Protocolo de la entrevista



ADI-R

Entrevista para el Diagnóstico del Autismo-Revisada

Ann Le Couteur, Catherine Lord, Michael Rutter

SUJETO

Nombre/Número de identificación: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad cronológica: _____ Sexo: Varón Mujer

INFORMANTE

Nombre: _____


Relación de parentesco con el sujeto: _____

ENTREVISTADOR

Nombre: _____

Centro: _____ Fecha de la entrevista: _____

Este protocolo de la entrevista debe ser utilizado conjuntamente con el manual del ADI-R



Madrid, 2006

Anexo 7


Cuadernillo de algoritmos de la entrevista para el Diagnóstico del Autismo ADI-R

ADI - R

ALGORITMOS

Entrevista para el Diagnóstico de Autismo-Revisada

ANN LE COUTEUR, CATHERINE LORD, MICHAEL RUTTER



SUJETO

Nombre/Número de identificación:

Fecha de nacimiento: / / Edad cronológica: Sexo: Varón Mujer

INFORMANTE

Nombre:

Relación de parentesco con el sujeto:

ENTREVISTADOR

Nombre:

Centro:

Fecha de la entrevista: / /

MARQUE A CONTINUACIÓN EL ALGORITMO QUE VA A UTILIZAR:

Algoritmo de la conducta actual	Algoritmo diagnóstico
• 2 años, 0 meses a 3 años, 11 meses <input type="radio"/>	• 2 años, 0 meses a 3 años, 11 meses <input type="radio"/>
• 4 años, 0 meses a 9 años, 11 meses <input checked="" type="checkbox"/>	• 4 años, 0 meses en adelante <input type="radio"/>
• 10 años, 0 meses en adelante <input type="radio"/>	

CONVERSIÓN DE LOS CÓDIGOS DE LOS ELEMENTOS A PUNTUACIÓN DE ALGORITMO

Código	0	1	2	3	7	8	9
Puntuación	0	1	2	2	0	0	0

RESUMEN DE PUNTUACIONES

Algoritmo diagnóstico* * Los puntos de corte son solo para los algoritmos diagnósticos. Los algoritmos de la conducta actual no tienen puntos de corte

A1 <input style="width: 40px; text-align: center;" type="text" value="5"/>	A2 <input style="width: 40px; text-align: center;" type="text" value="6"/>	A3 <input style="width: 40px; text-align: center;" type="text" value="5"/>	A4 <input style="width: 40px; text-align: center;" type="text" value="9"/>	Total A <input style="width: 40px; text-align: center;" type="text" value="26"/> Punto de corte = 10
B1 <input style="width: 40px;" type="text"/>	B2 (V) <input style="width: 40px;" type="text"/>	B3 (V) <input style="width: 40px;" type="text"/>	B4 <input style="width: 40px;" type="text"/>	Total B Verbal <input style="width: 40px;" type="text"/> Punto de corte = 8
C1 <input style="width: 40px;" type="text"/>	C2 <input style="width: 40px;" type="text"/>	C3 <input style="width: 40px;" type="text"/>	C4 <input style="width: 40px;" type="text"/>	Total B No verbal <input style="width: 40px;" type="text"/> Punto de corte = 7
				Total C <input style="width: 40px;" type="text"/> Punto de corte = 3
				Total D <input style="width: 40px;" type="text"/> Punto de corte = 1

Copyright © 2003 by WPS, Western Psychological Services, California, EE.UU.
 Copyright © 2006, 2008 by TEA Ediciones, S.A.U. - Edita: TEA Ediciones, S.A.U., Madrid, España.
 Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados.