



**FACULTAD
DE MEDICINA**



GRADO EN LOGOPEDIA

TRABAJO DE FIN DE GRADO | 2020 - 2021

EL DIBUJO EN LA COMUNICACIÓN Y EL LENGUAJE DE NIÑOS CON TEA

AUTORA: EVA TARDÓN GUIJARRO

TUTORA: MARIA JOSÉ VALLES DEL POZO

RESUMEN

El trastorno del espectro autista se encuentra dentro de los trastornos del neurodesarrollo y se caracteriza principalmente por un deterioro en la comunicación y en la interacción social.

La intervención logopédica en estos trastornos es muy importante, porque aunque es un trastorno que no tiene cura, mediante las intervenciones y tratamientos adecuados podemos mejorar la calidad de vida de las personas con TEA. Principalmente debemos trabajar la comunicación y las relaciones sociales con los demás.

Para algunas de estas personas el dibujo es un medio no verbal y alternativo que les permite expresar ideas, sentimientos y emociones de manera más espontánea y cómoda que en la comunicación verbal, mejorando sus problemas de lenguaje y comunicación.

Este trabajo recoge una revisión bibliográfica sobre el Trastorno del Espectro Autista (TEA) y sobre la influencia del dibujo como método en la intervención logopédica, así como el relato de una experiencia personal y unas conclusiones sobre lo vivido e investigado. El objetivo principal es describir la utilidad del dibujo como recurso en la intervención logopédica.

A través de la experiencia con el caso descrito y las evidencias de los estudios realizados, se puede confirmar que la utilización del dibujo es efectiva, y es muy beneficioso emplearlo con las personas que presentan TEA.

PALABRAS CLAVE

Trastorno del Espectro Autista (TEA), dibujo, intervención logopédica, comunicación e interacción social.

ABSTRACT

Autism Spectrum Disorder is one of the neurodevelopmental disorders and is characterized mainly by impaired communication and social interaction.

Speech therapy intervention in these disorders is very important, because although it is a disorder that has no cure, we can improve the quality of life of people with ASD through appropriate interventions and treatments. Mainly we must work on communication and social relationships with others.

For some of these people, drawing is a non-verbal and alternative medium that allows them to express ideas, feelings and emotions in a more spontaneous and comfortable way than in verbal communication, improving their language and communication problems.

This essay gathers a bibliographic review on ASD and on the influence of drawing as a method in speech therapy intervention, as well as the account of a personal experience and some conclusions about what I have lived and researched. The main objective is to describe the usefulness of drawing as a resource in speech therapy intervention.

Through experience with the case described and the evidence from the studies carried out, it can be confirmed that the use of drawing is effective, and it is very beneficial to use it with people with ASD.

KEYWORDS

Autism Spectrum Disorder (ASD), Drawing, Speech therapy intervention, communication, social interaction.

ÍNDICE

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1. INTRODUCCIÓN. | 5 |
| 2. OBJETIVOS. | 7 |
| 3. METODOLOGÍA. | 8 |
| 4. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA. | 9 |
| 4.1. Historia del Trastorno del Espectro Autista (TEA). | 9 |
| 4.2. Trastorno del Espectro Autista (TEA) y Logopedia. | 14 |
| 4.2.1. Terapias que usan Técnicas de Carácter Social o Directo. | 15 |
| 4.2.1.1. Terapias basadas en los principios de la Teoría Conductista (ABA). | 15 |
| 4.2.1.2. Terapias basadas en la Interacción Social y en el Juego. | 16 |
| 4.2.1.3. Terapia Cognitivo-Conductual. | 17 |
| 4.2.1.4. Programas Globales o Combinados. | 17 |
| 4.2.2. Terapias que usan Tecnología o Recursos específicos-complementarios. | 18 |
| 4.2.2.1. Sistemas Aumentativos y Alternativos de Comunicación (SAAC). | 18 |
| 4.2.2.2. Tecnología Asistencial (Assistive Technology). | 19 |
| 4.2.2.3. Otros Programas y Servicios. | 20 |
| 4.3. Trastorno del Espectro Autista (TEA) y Dibujo. | 21 |
| 5. DESCRIPCIÓN DE UN CASO. | 22 |
| 6. CONCLUSIONES. | 26 |
| 7. BIBLIOGRAFÍA. | 28 |

1. INTRODUCCIÓN

En los últimos años se ha observado un importante aumento en la prevalencia de los trastornos del neurodesarrollo entre los que se encuentra el Trastorno del Espectro Autista (TEA). Según Garrabé (2012) en España no disponemos de numerosos estudios acerca de esta prevalencia, por lo que no podemos sacar unos datos exactos, pero aun así se sigue considerando que existe un notable aumento con respecto a los años anteriores esto es debido seguramente a que existen muchos más estudios sobre TEA y se diagnostica con mayor frecuencia que hace años.

Los sujetos con TEA presentan los primeros síntomas durante la primera infancia (18-36 meses) y permanecen durante toda la vida. Son muy relevantes, en estos pacientes, los problemas comunicativos, de interacción social y conductuales significativos, siendo muy importante una intervención multidisciplinar entre la que nos encontramos nosotros, los logopedas.

Durante los cuatro años del grado, en la parte teórica he podido tener conciencia de la versatilidad de la logopedia y la gran variedad de trastornos en los que puede intervenir. Despertándome gran inquietud y curiosidad los sujetos con trastorno del espectro autista y su evolución a lo largo de los años.

Por eso decidí que mi TFG sería sobre el Trastorno del Espectro Autista. Me parece muy interesante este trastorno, ya que produce alteraciones en el comportamiento social, la comunicación y el lenguaje. Hasta el momento he podido adquirir conocimientos sobre la intervención logopédica pero considero que poder ampliar esta información y aumentar mis conocimientos para poder prestar mis servicios a estas personas como logopeda, es la mejor opción.

Consolidé aún mas mi decisión de realizar el TFG sobre TEA al realizar parte del Prácticum III en una Clínica de Logopedia. Tuve la suerte de que entre todos los pacientes que tenía, con patologías muy diversas, había un niño de 9 años que presentaba TEA.

Este paciente aumentó aún más mis ganas de aprender e investigar sobre el trastorno y todo lo que les rodea. Las personas con TEA suelen presentar un comportamiento bastante peculiar, en el que es muy importante aprender cómo actuar con ellos e intentar saber qué es lo que ellos piensan. Son pacientes con mucho carácter y cuando no les

parece bien lo que dices se enfadan mucho, realizando comportamientos inadecuados o directamente no hablan, no hacen caso. Por eso veo tan importante conocer más acerca del trastorno para saber cómo es la manera adecuada de actuar con este tipo de sujetos y así poder ir avanzando y llegar a conseguir que su comunicación e interacción social mejore.

En concreto, con este paciente tuve la suerte de conocer cómo la logopeda utilizaba el dibujo, algo que a él le apasiona, como método de comunicación y expresión de sentimientos. Cuando él estaba haciendo tareas por mucho que le hablaras apenas mantenía una conversación fluida, sin embargo cuando se ponía a dibujar expresaba lo que sentía y realizaba diálogos coherentes y fluidos. Algo que ha despertado en mí una gran curiosidad.

Por todo ello, este TFG recogerá una revisión bibliográfica sobre el trastorno del espectro autista, las necesidades logopédicas en TEA y la utilización del dibujo en la intervención logopédica de pacientes con trastorno del espectro autista.

Posteriormente hablaré sobre mi experiencia personal con este paciente, donde he podido observar la manera de utilizar el dibujo como método de intervención logopédica.

Finalmente llegare a la conclusión de que el dibujo puede servir de ayuda en la intervención logopédica de niños con Trastorno del Espectro Autista.

2. OBJETIVOS

El **objetivo general** de este trabajo es describir la utilidad del dibujo como recurso en la intervención logopédica, cómo es capaz de ayudar, a la adquisición del lenguaje, a conseguir un mejor comportamiento social y a facilitar una comunicación adecuada en pacientes con un diagnóstico establecido de Trastorno del Espectro Autista.

Una vez expuesto el objetivo general, de **manera más específica** se pretende:

- Describir las diferentes características, alteraciones y tipos existentes en el Trastorno del Espectro Autista “TEA”.
- Adquirir conocimientos sobre las necesidades logopédicas, de manera general, de los sujetos con Trastorno del Espectro Autista “TEA”.
- Conocer la influencia de la actividad artística (el dibujo) en sujetos con Trastorno del Espectro Autista “TEA”.
- Poner de manifiesto la utilidad de la actividad artística en la intervención logopédica a través de un caso práctico.

3. METODOLOGÍA

Al realizar el Prácticum III acudí a una clínica en la que conocí a un niño que presentaba TEA y la logopeda utilizaba como método de intervención el dibujo, me causó mucha curiosidad y decidí que quería investigar y conocer más acerca de ello. Por ello decidí que mi TFG se basaría en este caso.

Debido al COVID no pude centrar todo mi TFG en un caso de intervención, sino que decidí realizar una revisión bibliográfica y posteriormente una breve descripción de la experiencia personal que vive con este paciente para poder comparar y llegar a unas conclusiones.

Comencé recogiendo datos e información durante las sesiones logopédicas que hice en la clínica, correspondientes al Prácticum III. Para más tarde poderlas plasmar en el apartado de “descripción de un caso”.

Posteriormente para la revisión bibliográfica se han empleado bases de datos como Google Académico, Dialnet, Medline. Utilizando como términos de búsqueda “TEA”, “Rehabilitación Logopédica”, “Dibujo”, Trastorno del Espectro Autista, etc. También se han consultado libros extraídos de la biblioteca online de la Universidad y otros extraídos físicamente de la biblioteca de la Universidad.

La búsqueda se llevó a cabo seleccionando un total de 6 libros, de los cuales tres eran manuales y tres eran monografías, y 13 artículos todos ellos en castellano.

Por último utilicé la información recogida en las sesiones logopédicas y los datos obtenidos a través de libros y artículos contrastados para realizar unas conclusiones sobre si el dibujo ayuda en la rehabilitación logopédica.

4. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

4.1. HISTORIA DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

El conocimiento del autismo se ha observado a lo largo de toda la historia, aunque había pasado desapercibido, valorándose como cuadros psicológicos cercanos al retraso mental, hasta las publicaciones de Leo Kanner (1943).

Entre 1857-1939 apareció por primera vez el término autismo en una monografía redactada por Eugen Bleuler. Sin embargo, fue Leo Kanner (1943) quien realizó las primeras investigaciones sobre autismo. Ejecutó un estudio de 11 personas, con el que se describió por primera vez el autismo como un síndrome del comportamiento, cuyas características eran, alteraciones en el lenguaje, la interacción social, y los procesos cognitivos. Posteriormente, Hans Asperger pediatra y psiquiatra, en 1944, presentó otro estudio realizado a 4 personas, con características similares (Chara, Montesinos, Contreras, Murillo, Ayala, 2018).

Posteriormente son varias las investigaciones que se siguieron realizando por diferentes autores como Bruno Bettelheim quien define el autismo como “Madre refrigerador” ya que consideraba que las madres eran un factor que influía bastante en el autismo, algo que también consideraba Kanner. Por otra parte el pediatra, Andrea Rett (1966) consideró el fenómeno del autismo como el “autismo de la niña”, ya que él consideraba que afectaba, más al sexo femenino. Hoy en día este fenómeno se conoce como el síndrome de Rett (Chara, Montesinos, Contreras, Murillo, Ayala, 2018).

Lorna Wing y Judith Gould (1979) sugirieron una nueva percepción del autismo. Realizaron un estudio en el que observaron que existían similitudes con el patrón típico descrito por Kanner. Asimismo, también detectaron pacientes, que sin ajustarse al modelo de Kanner, mostraban en mayor o menor grado la triada de problemas en la interacción social, comunicación e imaginación, asociado a un patrón de conductas rígidas y repetitivas, cualitativamente similares a las de los autistas “típicos”, pero cuantitativamente distintas. Por todo ello, se fundamentó el cambio de denominación de autismo por el de Trastorno del espectro autista (en adelante TEA).

Como observamos fueron muchos los autores que realizaron investigaciones sobre autismo para llegar a plantear un concepto más preciso de autismo que ha ido variando a lo largo de los años y así queda reflejado en las distintas versiones del DSM.

En el CIE-10 encontramos el síndrome de Kanner y de Asperger en la misma categoría diagnóstica. En el DSM-III, el trastorno fue llamado “autismo infantil”. Posteriormente en el DSM-III-R y en el DSM-IV se incluyeron en la misma categoría otros trastornos relacionados como son: el trastorno de Rett, el trastorno desintegrador de la infancia, el trastorno de Asperger y el trastorno generalizado del desarrollo sin especificar. Finalmente el DSM-5 sustituye todos esos diagnósticos por uno solo, conceptualizándolo como un “espectro”, denominado Trastorno del Espectro Autista (TEA). Este trastorno es incluido dentro de los trastornos del neurodesarrollo (Black y Grant, 2017).

Figura 1: Tabla de Clasificación del autismo en CIE- 10 Y DSM-IV.

| Correspondencia entre las categorías del DSM-IV y el CIE-10 | |
|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| Diagnóstico en el DSM-IV (APA, 1994) | Diagnóstico en la ICD-10 (WHO, 1992, 1993) |
| Trastorno autista | Autismo infantil (F 84.0) |
| Trastorno de Rett Trastorno de Asperger | Síndrome de Rett (F84.2) |
| Trastorno desintegrativo de la infancia | Otros trastornos desintegrativos de la infancia (F84.3) |
| Trastorno de Asperger | Síndrome de Asperger (F84.5) |
| Trastorno generalizado del desarrollo No especificado TGD-NO | Trastorno generalizado del desarrollo sin especificación (F84.9) |
| (Incluidos en TGD-NO) | Otros trastornos generalizados del desarrollo (F84.8) |
| (Incluidos en TGD-NO) | Autismo atípico (F84.1) |
| (No se corresponde con ningún diagnóstico de DSM-IV) | Trastorno hiperactivo con retraso mental con movimientos estereotipados (F84.4) |

Fuente: Garrido y Viola, 2006.

El trastorno del espectro autista se caracteriza principalmente por un deterioro duradero en la comunicación social y en la interacción social, por los particulares patrones de conducta que presentan y por sus intereses restrictivos y repetitivos. Estos síntomas suelen aparecer en el periodo de desarrollo pero pueden variar en función del nivel de desarrollo, la edad cronológica y la gravedad de la afectación autista.

Los signos y síntomas aparecen normalmente durante el segundo año de vida entre los 12 y 24 meses, aunque si el retraso del desarrollo es grave puede observarse antes de los 12 meses y por el contrario, si es más sutil pasados los 24 meses (American Psychiatric Association, 2014).

Las características de conducta comienzan a ser evidentes durante la primera infancia, presentando falta de interés por la interacción social. En algunos casos es difícil de detectar hasta después, debido a las mínimas demandas sociales y a la protección de padres y cuidadores.

En los dos primeros años de vida se observa una detección o retroceso del desarrollo, afectando a los comportamientos sociales o al uso del lenguaje, algo que es poco común en otros trastornos y que puede servir de ayuda para diagnosticar un trastorno del espectro autista (American Psychiatric Association, 2014).

Los primeros síntomas que presentan los niños con trastorno del espectro autista son: retraso en el desarrollo del lenguaje, falta de interés social o interacciones sociales inusuales, patrones de juego extraño y patrones de comunicación inusuales. A medida que avanzan en edad los comportamientos extraños y repetitivos, así como la ausencia de juego característica se van haciendo más evidentes (American Psychiatric Association, 2014).

Además una de las características que se observan de manera temprana es una alteración en la atención compartida que se manifiesta por la incapacidad de señalar con las manos, mostrar o mover objetos.

Presentan un repertorio escaso de gestos funcionales, por lo que es muy poco frecuente que utilicen gestos expresivos espontáneamente en la comunicación. También tienen una obvia preferencia por las actividades solitarias.

Para diagnosticarlos hay que tener en cuenta el tipo, frecuencia e intensidad de esos comportamientos extraños y repetitivos ya que también pueden formar parte del desarrollo normal en edades tempranas.

Según Kanner (1943) los niños autistas presentan algunas de las siguientes características (López, Rivas, Taboada, 2010):

- Extrema soledad autística.
- Fracaso para asumir posturas anticipatorias.
- Retraso importante en la adquisición del habla (en autistas verbales) o ausencia del lenguaje.
- Utilización no comunicativa del habla y uso literal del lenguaje.
- Ecolalia inmediata o demorada y repeticiones verbales fuera de contexto.
- Inversiones pronominales.
- Problemas alimenticios.
- Reacciones bruscas ante ciertos ruidos, objetos y personas.
- Actividades fijas, rutinarias, limitadas y obsesivas.
- Juego repetitivo y estereotipado.
- Insistencia en la igualdad y miedo al cambio.
- Buenas relaciones con los objetos.
- Movimientos corporales rítmicos y estereotipados.
- Ausencia de relaciones con otras personas e insistencia obsesiva en preservar la intimidad.
- Buena inteligencia, alto potencial cognitivo y excelente memoria mecánica.
- Aspecto físico normal.
- Mayores alteraciones en la primera infancia.

El trastorno del espectro autista no es un trastorno degenerativo por lo que es frecuente que el aprendizaje esté presente a lo largo de la vida, por ello como ya hemos mencionado anteriormente los síntomas aparecen más acentuados durante los primeros años de vida o en la vida escolar y es en la adolescencia cuando comienzan a presenciar una mejoría.

Aun con esta mejoría, es muy difícil encontrar a personas con TEA que lleguen a vivir y a trabajar de manera independiente debido a su deterioro. Solo aquellas personas que tienen mayores capacidades lingüísticas e intelectuales, debido a que tienen un nivel menor de deterioro son capaces de vivir independientemente. Aún así suelen presentar miedos en público que les produce estrés y ansiedad. Aunque se tiene muy poca conciencia sobre el trastorno del espectro autista en edad avanzada (American Psychiatric Association, 2014).

Aunque no existen unos factores exactos que produzcan el trastorno del espectro autista, sí que podemos decir que existen factores de riesgo inespecíficos, como la edad avanzada

de los padres, el bajo peso al nacer o la exposición al valproato del feto, los cuales estimulan la aparición de TEA.

También existen estimaciones sobre el factor genético, actualmente hasta el 15% de los casos de TEA parece asociarse a una mutación genética conocida (American Psychiatric Association, 2014).

Para realizar un **diagnóstico** adecuado debemos tener en cuenta la cultura y los aspectos socioeconómicos, ya que existen diferencias en la interacción social, la comunicación no verbal y las relaciones entre unas culturas y otras, lo que puede llevar a realizar un reconocimiento o diagnóstico tardío del trastorno.

El TEA se diagnostica cuatro veces más frecuente en el sexo masculino que en el femenino. Las niñas suelen tener más probabilidad de presentar discapacidad intelectual, por ello las niñas que no presentan deterioro intelectual acompañante o retraso del lenguaje, pueden enmascarar el trastorno y no reconocerse, ya que son más sutiles las manifestaciones de las dificultades sociales y de comunicación (American Psychiatric Association, 2014).

Es muy importante que los diagnósticos estén basados en múltiples fuentes de información como son la historia del cuidador, las observaciones realizadas por el clínico y, siempre que sea posible, los autoinformes del paciente.

Para finalizar, a la hora de realizar un diagnóstico definitivo de TEA es muy importante previamente realizar diagnóstico diferencial con (American Psychiatric Association, 2014):

- Síndrome de Rett.
- Mutismo selectivo.
- Trastornos del lenguaje y trastorno de la comunicación social (pragmático).
- Discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) sin trastorno del espectro autista.
- Trastorno de movimientos estereotipados.
- Trastorno por déficit de atención/hiperactividad.
- Esquizofrenia.

4.2. TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA) Y LOGOPEDIA

Debemos ser conscientes que el autismo es un trastorno que no se puede curar, pero que con intervenciones y tratamientos adecuados podemos llegar a mejorar la calidad de vida de las personas con TEA (Riviére y Martos, 1998).

Es un trastorno complicado que nos exige la realización de un tratamiento logopédico, en la gran mayoría de los casos, considerable y largo. También nos exige una gran paciencia debido a que no vamos a observar grandes milagros, sino pequeños avances, pero que a su vez serán grandes beneficios para el paciente.

La habilidad más relevante en la calidad de vida de una persona con TEA es la comunicación. Debemos tener en cuenta que nuestra función, a través de la metodología de trabajo que empleemos, es llegar a conseguir que la comunicación sea espontánea, funcional y generalizable (Simarro Vázquez, 2013).

Principalmente las personas con TEA necesitan un tratamiento orientado a mejorar la comunicación y las relaciones sociales con los demás. El objetivo de estas intervenciones es analizar y exponer como debe ser el tratamiento en la comunicación social para que tenga el mayor impacto posible en la vida de las personas con TEA. Existen muchos y muy diversos sistemas o metodologías de trabajo. Todos ellos están diseñados para que tengan el mayor impacto posible en la vida de las personas con TEA y adquieran el mayor número de habilidades posibles.

Como ya hemos descrito anteriormente las personas con TEA tienen dificultades en la comunicación. Estas dificultades incluyen a todos los sujetos con TEA, incluso las personas con TEA que tienen un lenguaje más o menos adquirido tienen enormes problemas para expresar muchas de sus emociones, sentimientos, necesidades, frustraciones, dificultades. O incluso relacionarse con las personas de su entorno más cercano. Es decir, la comunicación no solo se ve afectada en personas con TEA que no tienen lenguaje oral o lo tienen poco desarrollado, sino que una gran parte de las personas con TEA, tienen un lenguaje más o menos desarrollado en los aspectos formales y no tienen una discapacidad intelectual asociada pero tienen las dificultades mencionadas anteriormente, lo que les produce unas grandes limitaciones para comunicarse. Por ello tiene gran importancia disminuir lo máximo posible estas dificultades (Simarro Vázquez, 2013).

Debido a las dificultades comunicativas que las personas con TEA sufren, es muy común que aparezcan conductas desajustadas, algo que los profesionales tienen muy presente. Ya que si alguien no tiene forma de hacerse entender, acabará desesperado y frustrado. Posteriormente a la frustración aparecerán las rabietas o crisis de conducta, además de por no hacerse entender, por la dificultad que tienen para comprender. Por todo ello, es muy importante que padres y profesionales entiendan la dificultad que tienen las personas TEA para comprender y los ayuden, consiguiendo así una mejor conducta.

Es muy importante que la metodología utilizada para fomentar la comunicación en las personas con TEA no sea puntual de un momento determinado, ni en un espacio determinado, sino que sea un trabajo permanente. Es decir, las personas con TEA no pueden utilizar únicamente las habilidades comunicativas adquiridas en el despacho del logopeda o en el aula del colegio, sino que debe ser permanente en cualquier situación, porque si no la intervención falla (Simarro Vázquez, 2013).

Para las personas con TEA la intervención logopédica resulta esencial ya que los trastornos del lenguaje y de la comunicación son sus rasgos más característicos.

Debido a su complejidad el TEA no debe ser tratado por una única disciplina, sino que el logopeda forma parte de un equipo de trabajo formado también por terapeutas, educadores y familiares. Los cuales deben ponerse de acuerdo para elegir y llevar a cabo un programa diseñado especialmente para cada caso particular. Debido a que no existe un tratamiento único que “cure” el autismo, una gran parte de las familias emplean varias terapias para conseguir los mejores resultados posibles (Peña Casanova, 2014).

Peña Casanova (2014) expone diferentes terapias para incluir dentro de los programas de trabajo que se pueden diseñar. Estas terapias podemos clasificarlas según la técnica o tecnología que utilizan:

4.2.1. TERAPIAS QUE USAN TÉCNICAS DE CARÁCTER SOCIAL O DIRECTO

4.2.1.1. TERAPIAS BASADAS EN LOS PRINCIPIOS DE LA TEORIA CONDUCTISTA (ABA)

ABA abarca distintos tipos de técnicas: entrenamiento en respuestas centrales, entrenamiento de ensayo discreto, comportamiento verbal, enseñanza incidental y

aprendizaje sin error. Esta terapia está dirigida principalmente a niños pequeños, entre 2 y 4 años. El tratamiento es intensivo, 40h semanales durante por lo menos 2 años. Se lleva a cabo en el domicilio familiar con los padres y los terapeutas, durante el primer año lo que se pretende es mejorar las conductas “básicas”: obedecer acciones básicas, prestar atención, reducir la autoestimulación y la agresividad. Se enseña a los padres para que sepan llevar a cabo el tratamiento.

Programas de intervención naturista

Dentro de esta misma orientación, son programas centrados en estimular el lenguaje funcional en un contexto social. Para ello se originan situaciones de intercambio comunicativo que sean breves y positivas, dentro del entorno habitual del lenguaje, basadas en un tema de interés del sujeto. Es muy importante utilizar refuerzos positivos basados en la funcionalidad de la respuesta del lenguaje (el niño dice “rueda”, la pelota rueda) (Peña Casanova, 2014).

4.2.1.2. TERAPIAS BASADAS EN LA INTERACCIÓN SOCIAL Y EN EL JUEGO

Terapia de intercambio y desarrollo (TID)

Consiste en una reeducación funcional de la interacción y la comunicación basada en la calma, la disponibilidad y la reciprocidad. Se obtienen buenos resultados cuando se utiliza en edades tempranas (2-4 años). Es una terapia intensiva, de 15 o más horas semanales y durante al menos 2 años.

Floor-time/DIR

Tiene como objetivos: aumentar la socialización, mejorar el lenguaje y disminuir las conductas repetitivas. Es un modelo en el que el padre se sienta en el suelo para interactuar al mismo nivel. Es recomendable de 6-10 sesiones diarias, de 20-30 minutos, se puede aplicar solo o junto a otras terapias (Peña Casanova, 2014).

Historias sociales

Es una técnica basada en ayudar a niños autistas a comprender las reglas sociales y a interactuar con los demás de manera adecuada. También se les enseña a ponerse en el lugar del otro y a entender el punto de vista de otra persona (Peña Casanova, 2014).

Son rise

Es una intervención intensa de 5 días, 40h. Se realiza entre el padre o cuidador y el niño, en un ambiente sin distracciones y natural. La terapia pretende enfatizar la interacción social espontánea iniciada por el niño, el adulto nunca inicia esas interacciones con el niño. El objetivo de esta terapia es incrementar la duración de las interacciones sociales, originando así el aumento de las habilidades de interacción del niño, así como la frecuencia de la orientación social espontánea y la iniciación por parte del niño (Houghton, Schuchard, Lewis y Thompson, 2013).

4.2.1.3. TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

Es una técnica más específica para trastornos de ansiedad, pero también da buenos resultados en niños con TEA con buen nivel intelectual, que presenten problemas de concentración y autocontrol, además de falta de obediencia. El tratamiento puede incluir técnicas conductuales para mejorar el cumplimiento de normas y la planificación del tiempo. Técnicas de relajación. Técnicas cognitivas que mejoran la atención y las autoinstrucciones; la reflexividad y las limitaciones sociales (Carratalá y Arjalaguer, 2015).

4.2.1.4. PROGRAMAS GLOBALES O COMBINADOS

Scerts

SCERTS es un modelo educativo diseñado para ayudar a los niños con TEA a conseguir la capacidad de aprender y aplicar habilidades funcionales y relevantes, espontáneamente, en diferentes entornos y con diferentes compañeros.

Se desempeña en un ámbito escolar inclusivo y es impartido por maestros de educación especial y por terapeutas del habla entrenados en SCERTS (Peña Casanova, 2014).

4.2.2. TERAPIAS QUE USAN TECNOLOGÍA O RECURSOS ESPECÍFICOS-COMPLEMENTARIOS

4.2.2.1. SISTEMAS AUMENTATIVOS Y ALTERNATIVOS DE COMUNICACIÓN (SAAC)

La utilización de los SAAC ha aumentado mucho en los últimos años, son sistemas muy beneficiosos, que se utilizan sobre todo en personas con TEA que no tienen habla, como sistema de comunicación alternativo, aunque también es útil en personas que tienen un habla más reducido y necesitan ayuda en la comprensión.

La forma de comunicación que se intente establecer tiene que ser lo más individualizada y adaptada al nivel de abstracción del sujeto posible. Puede ser mediante palabras habladas, objetos, lenguaje corporal, gestos, dibujos, fotografías, palabras escritas o impresas. No obstante la forma de comunicación por la que debemos empezar debe ser siempre por aquella que el sujeto mejor maneje y la que le proporcione la mayor independencia posible.

Las palabras, los dibujos u objetos pueden no significar nada para ellos, por ello tienen que aprender específicamente la manera de utilizarse esos símbolos en la comunicación.

- **PECS** (Picture Exchange Communication System) es uno de los SAAC más utilizado en personas con TEA. Es un sistema que utiliza fotografías a color y dibujos en blanco y negro. No se necesitan materiales complejos ni equipos costosos y se puede utilizar en cualquier parte donde se desarrolle la vida del niño, casa, aula...

- **HABLA POR SIGNOS** es otro sistema que se utiliza con niños que no hablan, de Schaeffer et al. (1980) "Comunicación total". Es un sistema bimodal que emplea la lengua oral junto con signos. Una de las ventajas es que no se necesita contar con intención comunicativa por parte del usuario. Primero, al comienzo de la aplicación, debemos elegir un elemento que llame la atención y posteriormente vamos a ir enseñándole la realización del signo que va dar acceso a ese elemento. Para la enseñanza de los signos debemos tener en cuenta la posición y forma de la mano a la hora de realizar el símbolo, debe repetirse tantas veces como sílabas tenga la palabra que designa en el lenguaje oral. Hay que tener en cuenta que se comienza proporcionando toda la ayuda necesaria y se irá retirando progresivamente a medida que el niño pueda realizarlo de manera autónoma.

Para elegir el SAAC adecuado es necesario realizar una correcta, exhaustiva y completa evaluación previamente, en la que se debe tener en cuenta las capacidades y necesidades comunicativas del niño, la preparación de los profesionales, la colaboración de los miembros del entorno social, y la evaluación y el control sistemático y periódico de los resultados.

Una desventaja que puede surgir es que los interlocutores necesiten aprender el sistema para que puedan realizarle correctamente con los sujetos con TEA y que así sea efectivo.

Por todo ello, utilizar los SAAC como medio para enseñar las habilidades de comunicación es muy útil, pero solo es una parte de la tarea del logopeda ya que la intervención debe generalizarse en todos los ambientes del sujeto con TEA para así llegar a conseguir unas interacciones comunicativas espontáneas, funcionales y generalizables. Teniendo en cuenta siempre que cualquier niño puede mejorar sus habilidades, independientemente de sus capacidades, siempre que se le proporcione un apoyo adecuado (Peña Casanova, 2014).

4.2.2.2. TECNOLOGÍA ASISTENCIAL (ASSISTIVE TECHNOLOGY)

En las últimas décadas se han experimentado grandes progresos en la terapia asistencial, proporcionando productos como los teléfonos inteligentes, las tabletas táctiles, los sistemas de posicionamiento global (GPS), los interfaces cerebro-computadora.

Debido a la realización de diseños universales, la eliminación de barreras y la bajada de los precios, son más las personas y las personas con discapacidad, que pueden acceder a estos adelantos tecnológicos.

Refiriéndonos particularmente al autismo los programas de juegos pueden ser útiles para aprendizajes sociales, como respetar los turnos.

La realización en un ordenador de una simulación de un entorno conocido puede ayudar al aprendizaje de reglas básicas en personas con TEA, algo a veces complicado de conseguir en una situación real. Por ejemplo el **FaceSay** es un tipo de software.

Otra fuente importante de ayuda son los llamados **programas utilitarios**, como el procesador de textos o los programas de dibujo. Ya que pueden compensar los problemas

de coordinación fina, los problemas motores y los problemas de lentitud, que se producen en la escritura o el dibujo. Algo a tener en cuenta es que estos programas permiten un margen de error de eliminación sin tener que comenzar todo de nuevo.

También el inconveniente que tiene el software educativo es que es una herramienta cerrada, por lo que es limitado a la hora de adaptarse a las necesidades de cada paciente. Para poder diseñar un programa personalizado es necesario tener “herramientas abiertas” que permiten crear materiales y actividades para utilizar con el ordenador o sin él, además de adaptar los programas cerrados.

Dentro de los hardwares, el teclado alternativo y las tablets son los dispositivos de mayor utilidad para las personas con TEA.

El teclado alternativo, sirve para remplazar al ratón o al teclado convencional, es un tipo de tablero, sensible al tacto, donde se van colocando una serie de “laminas” o “plantillas” que representan letras, números, direcciones, etc. Es importante tener en cuenta que estas laminas o plantillas se pueden intercambiar según las necesidades de cada sujeto, permitiendo gracias a otros programas de software incorporar refuerzos visuales (fotografías e imágenes) y auditivos (registro de voz).

Los avances tecnológicos actuales y los que surjan en un futuro, deben utilizarse en la rehabilitación logopédica, ya que forman un complemento muy importante, aunque sin sustituir a los métodos tradicionales (Peña Casanova, 2014).

4.2.2.3. OTROS PROGRAMAS Y SERVICIOS

Además de la terapia logopédica, existen otras terapias complementarias que ayudan a las personas con TEA, la psicoterapia, la terapia ocupacional, la musicoterapia, y la terapia farmacológica. Esta última aunque parezca menos importante no lo es, ya que en situaciones de agresividad, hiperactividad, trastornos del sueño o conductas destructivas y autolesivas, es muy útil para disminuir los síntomas (Peña Casanova, 2014).

Además, también existen otro tipo de técnicas que ayudan a las personas con TEA como las técnicas artísticas, plásticas y visuales, como por ejemplo la expresión grafica o el dibujo, lo desarrollaré a continuación.

4.3. TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA) Y DIBUJO

Los niños y niñas con autismo poseen unas capacidades gráficas especiales, ya que muchos de ellos son capaces de comenzar a dibujar espontáneamente a edades muy tempranas, alcanzando estadios avanzados, saltándose los primeros estadios, del desarrollo típico del dibujo. Son capaces de reproducir fotografías muy detalladas teniendo en cuenta las proporciones y presentan gran memoria visual, apenas dirigen la mirada al objeto que están dibujando (Loma Selfe, 1983 citado en Martínez Díez y López Fernández Cao, 2004).

Realizar actividades artísticas, como el dibujo, mejoran el desarrollo personal, social e intelectual de las personas con TEA, facilitando la comunicación, potenciando la creatividad y la imaginación, por lo que se considera muy beneficioso.

Las personas con TEA presentan dificultades en el lenguaje y les cuesta mucho comunicarse, pero muchos de ellos tienen la capacidad de pensar visualmente, y a través del dibujo expresar las ideas, ya que no se necesita interacción verbal para poder realizarse y ayuda a comunicarse.

Cada vez se está consolidando más el Arte Terapia o Terapia de Arte, según M. Isabel Fernández (2003), la Terapia de Arte, donde se encuentra el dibujo, es un medio de comunicación no verbal y alternativo para las personas que tienen problemas con el lenguaje y la comunicación (Orellana, 2016).

El dibujo permite a los terapeutas trabajar con las personas con TEA de manera más cómoda y por lo tanto más eficaz que el lenguaje hablado, ya que las palabras imponen más límites que las imágenes que son más penetrantes en la mente.

La Arte Terapia sirve de apoyo al tratamiento principal de la rehabilitación logopédica, ya que es un medio de comunicación no verbal en el que los pacientes pueden expresar sus ideas, sus sentimientos y emociones de una manera más espontánea que en la comunicación verbal (Beltrán, Sirley, Mazo, Segura y Tapias, 2016).

Las personas con TEA suelen tener problemas para relacionarse con las personas y para adaptarse al mundo exterior, por eso para ellos es más fácil exteriorizar su mundo interior a través de las artes plásticas, como el dibujo, que del lenguaje verbal (Orellana, 2016).

5. DESCRIPCIÓN DE UN CASO

Durante el verano de 3º de logopedia decidí realizar parte del Prácticum III en una clínica de logopedia donde acuden pacientes con patologías muy diversas. Posteriormente 7 meses después acudí a finalizar mi Prácticum. Al acudir en dos momentos diferentes, habiendo pasado un tiempo considerable entre uno y otro pude observar la evolución de los pacientes.

Como ya he mencionado anteriormente hubo un niño que me causó especial curiosidad, así como la patología que padece. Por ello y tras ver su evolución en esos 7 meses decidí realizar el TFG sobre ello.

Es un niño de 9 años, diagnosticado de Trastorno del Espectro Autista. Lleva recibiendo intervención logopédica desde los 4 años, además de acudir a esta clínica desde entonces, también acude semanalmente una logopeda de la fundación AUTISMO a su domicilio. Él acude a un centro ordinario donde recibe varias horas diarias de apoyo educativo.

Sabe leer y escribir, y tiene un nivel medio de desarrollo del lenguaje, pero tiene un nivel bajo de comunicación por eso le cuesta expresarse y más con gente que no conoce. También tiene dificultad en la comprensión y en las matemáticas.

Por ello en las sesiones de logopedia se trabaja mucho estos déficits, la comprensión-expresión, y el refuerzo educativo, sobre todo las matemáticas, siempre coordinado con el nivel que lleva en el colegio. Además también se trabaja mucho la conducta ya que es un niño que tiene un gran carácter y se altera con facilidad, por lo que hay que enseñarle a controlarse.

Cuando acudí por primera vez a la clínica le costó un poco adaptarse a mí, no me contestaba cuando le hablaba, no me hacía caso a las pautas que le decía, incluso cuando le decía algo que no le gustaba me contestaba de manera brusca, todo esto nos sirvió para trabajar la conducta. Ya que es muy importante corregir todos esos errores.

Es un niño que le encanta dibujar, por eso la logopeda utiliza el dibujo como refuerzo para su aprendizaje. Algo que me resultó muy curioso fue que no le gusta dibujar en papel, ni que sus dibujos se mantengan en el tiempo, sino que le gusta hacerlos y borrarlos, por eso le gusta dibujar en la pizarra. Como me causó curiosidad saber si solo era en las sesiones de logopedia o en casa también, hablé con la madre y me dijo que en casa era igual. Él

solo quiere dibujar en pizarra para así poderlos borrar, alguna vez su madre le ha sugerido pegarlos en la pared o dejarlos para que se vean y siempre dice que no.

Las sesiones están basadas en la realización de fichas sobre comprensión-expresión y sobre matemáticas, alternativamente cada día se trabaja una cosa, para ayudarle a su día a día en el colegio. Siempre utilizamos el refuerzo del dibujo para conseguir que haga las tareas. Es un niño que se queda pensativo y se dispersa bastante de la tarea, hay que estarle recordando lo que está haciendo. No le gusta nada que le ayudes, si algo está mal y vas a corregírselo rápido te contesta – no, no, no me lo digas, de manera enfadada.

Cuando finaliza la actividad siempre le doy un rotulador y le dejo que pinte en la pizarra que hay en la sala, pasado un rato le pido que vuelva a la mesa y continuamos haciendo ejercicios. En muchas ocasiones mientras realiza las actividades pide dibujar pero siempre le digo que hasta que no se acaban las tareas no se puede descansar, le sirve como apoyo para realizarlas.

Esta parte de la intervención logopédica la divido en dos partes:

- Como ya he mencionado anteriormente la primera vez que fui a la clínica, el niño no me contestaba cuando hablaba, cuando se ponía a dibujar aunque yo le hablase y le preguntase que estaba dibujando su contestación siempre era nada. Si me quería arrimar a ver lo que dibujaba siempre lo borraba rápido y aunque le dijese que no lo borraba no me hacía caso, él siempre tenía en una mano el rotulador y en la otra el borrador. Y por supuesto si yo le mandaba dibujar algo en concreto él no me hacía caso. No obstante yo me mantenía cerca de él e intentaba acercarme poco a poco.

Me causó especial curiosidad que siempre estaba hablando mientras dibuja, muy bajito para que yo apenas me enterase pero mientras dibujaba no deja de hablar. Utiliza el dibujo para expresarse, ya que plasma lo que él está pensando y no es capaz de expresar verbalmente. La logopeda se dio cuenta en su día de ello y decidió que a través del dibujo trabajaría la expresión.

Poco a poco yo he ido interrumpiéndole y metiéndome en su conversación, para intentar que me contestase y mantuviese una conversación conmigo, algo que en esta primera aparición por la clínica no conseguí.

- La segunda vez que acudí a la clínica y volví a ver al niño, habían pasado 7 meses, a simple vista ya vi una gran evolución en él. Me saludó cuando entré, le dije que si se acordaba de mí y me dijo que sí, estuvo trabajando conmigo las tareas cada día que pasaba mucho más tranquilo, incluso me respondía cuando le preguntaba por gustos suyos, por, ¿qué tal en el colegio?, ¿qué tal con los amigos?, etc.

Pero sobre todo cuando llegó el momento de dibujar, yo le preguntaba qué estaba dibujando, y me contestaba. Ya no hablaba solo mientras dibujaba sino que me contaba mini historias sobre lo que había dibujado. Si me acercaba a ver su dibujo, no me decía que no podía verle, ni le borraba, esperaba a que yo le viese. Aunque es una persona muy exigente consigo mismo y hasta que no le sale perfecto lo que quiere dibujar, lo borra y dibuja hasta conseguir lo que desea.

Pasado un tiempo llegó a preguntarme, qué podía dibujar y hacerme caso en lo que yo le decía. También conseguí ir haciéndole preguntas sobre los dibujos que él hacía y mantener una conversación.

Cuando conseguí que mantuviese conversaciones conmigo y me contestase, aproveché para trabajar las emociones, ya que es un niño que no muestra las emociones intermedias entre la frustración y la alegría, o está muy enfadado o está muy contento.

También trabajamos vocabulario de diferentes campos semánticos, siempre intentando incorporar sus gustos para que le sea más ameno.

El cambio que observe en el niño entre la primera vez que acudí y la segunda es debido principalmente a que ya me conocía y sentía más confianza conmigo, ya que es una persona muy cohibida de primeras con las personas que no conoce. Además durante esos 7 meses que yo no estuve siguió trabajando con la logopeda de la clínica y obtuvo muy buenos resultados y posteriormente yo continué trabajando con él hasta conseguir aún mejores resultados. Ya que lo mencionado anteriormente lo fuimos consiguiendo con el paso de las sesiones, aún me costó un poco que llegase a tener esa buena comunicación conmigo y con el resto del entorno, ya que es algo progresivo y que se necesita tiempo.

Me gustó mucho poder acudir en dos momentos diferentes a la clínica para ver la evolución del paciente. Sobre todo me sorprendió muchísimo ver cómo es capaz de expresarse mientras dibuja y luego si quieres mantener una conversación con él no fuese capaz. Pero llegar a conseguir que eso cambiase, que llegase a mantener una conversación conmigo, sin incluir el dibujo, fue muy gratificante. Sin duda fue una gran experiencia aprender cómo el dibujo puede ayudar tanto en la intervención logopédica, en este caso a conseguir que el niño establezca comunicación con otras personas.

6. CONCLUSIONES

Las personas con TEA pueden ser diagnosticadas en distintas etapas de su vida y presentar distintos signos y síntomas, pero por regla general los síntomas comienzan entre los 12 y 24 meses y van a presentar problemas en la comunicación y la interacción social.

Es muy importante hacer un buen diagnóstico de TEA y llevar a cabo una intervención logopédica adecuada, enfocada a las necesidades de cada paciente, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de esas personas. No obstante, también hay que tener en cuenta que es una rehabilitación muy compleja y duradera ya que se obtienen resultados a largo plazo, puesto que es un trastorno que no tiene cura.

Existen técnicas que pueden facilitar y potenciar la eficacia de la intervención logopédica, como por ejemplo el dibujo, aunque no son muchos los estudios que he podido encontrar acerca de ello, si que todos hablan sobre los buenos resultados que ofrece su utilización, y a medida que pasan los años esta afirmación se va consolidando cada vez más.

En la experiencia personal que viví en las prácticas pude comprobar cómo en 7 meses a través del dibujo el niño mejoró mucho la comunicación y sobre todo la interacción social conmigo. Al principio no me hablaba, por más que yo insistía él hacía como si yo no existiese. Es un niño que tenía mucho lenguaje pero que no mantenía una comunicación, sino que solo hablaba con el mismo. Mientras él dibujaba conseguí ir recibiendo contestaciones a lo que yo le preguntaba e incluso llegamos a conseguir que él comenzase la conversación. Esto es debido a que le encanta dibujar y se siente muy cómodo, por lo que le permite expresarse mejor lo que él piensa. A través del dibujo conseguimos ampliar sus conocimientos y trabajar incluso las emociones mediante dibujos, llegué a la conclusión de que interioriza todo mucho mejor cuando está dibujando y cuando esos nuevos conocimientos los transformamos en dibujos, ya que él se siente muy cómodo y relajado y su aprendizaje es mucho más eficaz.

Posteriormente todo lo que se ha trabajado a través del dibujo ha sido capaz de interiorizarlo y de emplearlo en su día a día. No solo observamos la mejoría en la clínica sino que en casa también observaron cómo había mejorado sus relaciones sociales con otros niños y con los propios padres. Incluso llegó a ser capaz de expresarme sus emociones y de saber identificarlas en los demás, cuando yo le preguntaba.

Como ya he mencionado anteriormente tras la búsqueda y lectura de los artículos y libros, he podido corroborar lo que yo viví y es que el dibujo ayuda mucho a expresarse de manera más cómoda y espontánea a las personas con TEA. Además les ayuda a mejorar su comunicación, ya que muchas personas con TEA tienen lenguaje pero no comunicación, esto ocurría en mi caso. Y esa mejora de la comunicación va ayudar a que puedan relacionarse mejor con el mundo exterior y con las personas de su alrededor.

Como conclusión final, he cumplido mi objetivo al realizar este trabajo de conocer más sobre el Trastorno del Espectro Autista y de verificar que el dibujo si puede ser un recurso a emplear en las intervenciones logopédicas ya que ayuda mucho en la comunicación y la interacción social de las personas con TEA.

7. BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric, A. (2014). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: DSM-5. (5º Ed.) Madrid. Médica Panamericana.
- American Psychiatric, A., Black, D.W. & Grant, J.E. (2016). El Complemento Esencial del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: DSM-5, Guía de Uso. (5º Ed.) Madrid. Médica Panamericana.
- Peña-Casanova, J. (2014). Manual de Logopedia. (4º Ed.) Barcelona. Elsevier Masson.
- Rivière, A. & Martos, J. (1997). El Tratamiento del Autismo: Nuevas Perspectivas. Madrid. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría General de Asuntos Sociales e Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.
- Simarro Vázquez, L. (2013). Calidad de Vida y Educación en Personas con Autismo. Madrid. Síntesis.
- Martínez Díez, N. & López Fernández Cao, M. (2004). Arteterapia y Educación. Madrid. Comunidad de Madrid, Consejería de Educación & Dirección general de Promoción Educativa.
- Del Barrio. V. (1988). La Construcción del Concepto de Autismo. *Revista la Historia de la Psicología*, 9 (2-3), 159-172.
- Garrido. G. & Viola. L. (2006). Criterios Actuales para la Clasificación de los Trastornos Profundos del Desarrollo. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 70 (2), 140-150.
- Chara Quiroz. F., Montesinos de La Cuba. L., Contreras Ticona. L. M., Murillo Mamani D. J. & Ayala Prado. H. J. (2018). Una Breve Historia del Autismo. *Revista de Psicología (Arequipa. Universidad Católica san Pablo)*, 8 (2), 127-133.
- López Gómez. S., Rivas Torres. R. M. & Taboada Ares. E. M. (2010). Historia del Trastorno Autista. *Apuntes de Psicología*, 28 (1), 51-64.
- Carratalá Hurtado. E. & Arjalaguer Guarro. M. (2015). Tratamiento Cognitivo-Conductual de un Niño con Trastorno del Espectro Autista e Impulsividad. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 2 (1), 37-44.

- Muñoz-Yunta J. A., Palau-Baduell. M., Salvadó-Salvadó. B., Amo. C., Fernández. A., Maestú. F. & Ortiz. T. (2004). Estudio Mediante Magnetoencefalografía de los Trastornos Generalizados del Desarrollo. Nueva Propuesta de Clasificación. *Revista de Neurología*, 38 (Supl 1), S28-S32.
- Houghton. K., Schuchard. J., Lewis. C. & Thompson C. K. (2013). Promover la comunicación social iniciada por el niño en niños con autismo: efecto de la intervención con el The Son-Rise Program. *Revista de Trastornos de la Comunicación*, 46, 495-506.
- Alcantud Marín. F., Alonso Esteban. Y. & Mata Iturralde. S. (2016). Prevalencia de los Trastornos del Espectro Autista: Revisión de Datos. *Revista Siglo Cero*, 47 (4), 7-26.
- Albores-Gallo. L., Hernández-Gúzman. L., Díaz-Pichardo. J. A. & Cortés-Hernández. B. (2008). Dificultades en la Evaluación y Diagnóstico del Autismo. Una discusión. *Revista Salud Mental*, 31 (1), 37-44.
- Garrabé de Lara. J. (2012). El Autismo. Historia y Clasificaciones. *Revista Salud Mental*, 35 (3), 257-261.
- Beltrán. A., Sirley Guzmán. N., Mazo Pineda. D., Segura Sila. P. & Tapias. M. J. (2016). El Arteterapia como Estrategia Pedagógica de la Educación del Niño con Trastorno de Espectro del Autismo (TEA). *Revista de la Facultad de Ciencias de la Educación*, 1 (1), 67-91.
- Orellana. L. (2016). Actividades en las Aulas de Comunicación y Lenguaje con Niños/as con Trastorno del Espectro del Autismo. Una Investigación Narrativa. *Revista experiencias educativas*, 13, 82-99.
- Gómez Juárez. M. R. (2016). Arteterapia y Autismo: El Desarrollo del Arte en la Escuela. *Publicaciones Didácticas*, 69, 31-48.