



Universidad de Chile
Facultad de Ciencias Sociales
Carrera de Psicología

Trastornos del espectro autista: Consideraciones evolutivas y lineamientos psicoterapéuticos desde el enfoque constructivista evolutivo con base en modelos actuales de intervención

Memoria para optar al título profesional de psicóloga

Autora: Jennifer Puglisevich D.
Profesora patrocinante: María Gabriela Sepúlveda.

2014

Agradecimientos

Primero que todo agradecer profundamente a la vida que me regala la oportunidad de alcanzar mis objetivos, de permitirme disfrutar de momentos cargados de aprendizaje, lleno de alegrías y también de lucha, agradecerle por las personas que me han acompañado tanto en el pasado, como quienes lo siguen haciendo y por quienes lo harán mañana; cada una aporta a la construcción de quien soy y lo que podré ser en el futuro.

Agradecer a mi familia por su profundo e incondicional amor, por su apoyo y respeto por mis decisiones, por enseñarme de perseverancia y disciplina. A los facilitadores de mi formación escolar básica y media que han contribuido a tantos aprendizajes y vivencias que de base me han forjado. A mis amigos, compañeros de vida, los de infancia, de carrera en psicología, de voluntariado, los de mi actual pregrado y aquellos de las “casualidades” del destino. Por cada risa, palabra de ánimo y por reflejarme a tiempo mis errores para corregirlos.

Agradezco a cada profesor de pregrado que han aportado a mi formación profesional y a construir una visión crítica de la realidad que me permite ver más allá de lo obvio. Agradecer especialmente a mi profesora patrocinante, Gabriela Sepúlveda por compartir sus conocimientos, los cuales hoy me han permitido construir los míos, por su paciencia, por creer en mí y depositarme tanta confianza.

Mi gratitud y orgullo a mi alma máter, Universidad de Chile, que me sigue albergando dentro de su estudiantado, rumbo a mi segundo título ahora como terapeuta ocupacional.

Gracias a aquellos que me acompañan en la certeza de que la inclusión social de las personas en situación de discapacidad es posible, a quienes se atreven a defender sus ideas, proponer e innovar, a aquellos que no le temen a las decisiones, a quienes corren detrás de sus sueños y a quienes no se avergüenzan de demostrar que la transparencia, honestidad y amor hace posible lo imposible.

Santiago, Marzo de 2015

Resumen

Los trastornos del espectro autista se caracterizan, principalmente, por déficits persistentes en la comunicación e interacción social en diversos contextos, que incluyen limitaciones en la reciprocidad social, en la comunicación no verbal, y en las habilidades necesarias para desarrollar, mantener y comprender las relaciones interpersonales (American Psychiatric Association [APA], 2013).

En relación a ello, estudios han demostrado un aumento en la incidencia de esta forma de alteración del neurodesarrollo en menores provenientes de diversas comunidades y orígenes étnicos (Centros para el Control y Prevención de Enfermedades [CDC], 2013), fenómeno que ha desafiado a los equipos de salud a implementar estrategias adecuadas de intervención que se orienten a facilitar el desenvolvimiento de recursos personales del niño/a en sus diversas áreas de desarrollo y que posibiliten, al mismo tiempo, su adaptación al entorno con la consecuente mejora en su calidad de vida y la de su familia y/o cuidadores/as.

En este trabajo se revisará el concepto de trastorno del espectro autista y sus manifestaciones clínicas, se analizará el desarrollo psicológico en niños/as que presentan esta condición en sus áreas cognitiva, social, emocional y moral, asimismo, se describirá esta psicopatología desde la perspectiva constructivista evolutiva mediante el análisis de los aspectos alterados del desarrollo. Finalmente se llevará a cabo una revisión de algunos de los modelos de tratamiento más utilizados en la actualidad rescatando elementos pertinentes a fin de proponer lineamientos de intervención congruentes con el paradigma constructivista evolutivo en psicoterapia infanto-juvenil.

Índice

Introducción	1
1.1. Pregunta de investigación	4
1.2. Objetivos	4
1.3. Metodología	4
Capítulo 1. Trastornos del espectro autista	5
1.1. Aspectos generales.....	5
1.2. Clasificaciones y criterios diagnósticos.....	6
1.3. Curso y evolución del cuadro	9
Capítulo 2. El constructivismo evolutivo	15
2.1. Bases teóricas de la psicoterapia constructivista evolutiva infanto-juvenil.....	15
Capítulo 3. El desarrollo psicológico y la psicopatología evolutiva	19
3.1. El concepto de desarrollo desde el constructivismo evolutivo	19
3.1.1. Etapas del desarrollo del pensamiento según Piaget	20
3.1.2. Desarrollo social y afectivo	23
3.1.3. Desarrollo moral.....	25
3.1.4. Organización de identidad.....	27
3.1.5. Organización de personalidad	28
3.2. Psicopatología evolutiva	29
Capítulo 4. Trastornos del espectro autista: Desarrollo y psicopatología evolutiva	32
4.1. Desarrollo cognitivo	32
4.2. Desarrollo social y afectivo	34
4.3. Desarrollo moral.....	37
4.4. Movimientos evolutivos	37
4.5. Organización de Identidad.....	40
4.6. Organización de personalidad	41
Capítulo 5. Métodos de intervención actuales con niños y niñas con trastorno del espectro autista	43
5.1. Prácticas basadas en la intervención y modelos globales de intervención.....	43
5.1.1. Modelos globales o comprensivos de tratamiento en trastornos del espectro autista	46
5.1.1.1. Análisis conductual aplicado (Applied behavior analysis - ABA)	46

Otros modelos basados en el “análisis conductual aplicado” (ABA).....	48
5.1.1.2. Tratamiento y educación de niños y niñas autistas con dificultades de comunicación (Treatment and education of autistic and related communication handicapped children - TEACCH)	49
5.1.1.3. Modelo Denver de inicio temprano (Early start Denver model – ESDM).....	50
5.1.1.4. Comunicación social, regulación emocional y apoyo transaccional (Social-communication, emotional regulation and transactional support – SCERT)	51
5.1.1.5. Experiencias de aprendizaje y programas alternativos para niños y niñas en edad preescolar y sus padres/madres (Learning experiences and alternative program for preschoolers and parents - LEAP).....	53
5.1.2. Modelos basados en el desarrollo o intervenciones evolutivas.	55
5.1.2.1. Intervención para el desarrollo de relaciones (Relationship development intervention - DIR).....	56
5.1.2.2. Juego circular (Floortime)	58
5.1.2.3. Modelo sociopragmático del desarrollo (Developmental Social-Pragmatic Model-DSP).....	59
Capítulo 6. Lineamientos psicoterapéuticos desde el enfoque constructivista evolutivo en niños y niñas con trastorno del espectro autista con base en modelos globales de intervención.....	61
6.1. Consideraciones previas	61
6.2. Propuesta de lineamientos de intervención psicoterapéutica desde el enfoque constructivista evolutivo con base en modelos actuales de tratamiento.....	64
6.2.1. Intervención según áreas del desarrollo en psicoterapia constructivista evolutiva en niños y niñas con trastorno del espectro autista con base en modelos de intervención actuales.....	71
6.2.1.1. Área cognitiva	71
6.2.1.2. Área social y afectiva	72
6.2.1.3. Área moral.....	74
6.2.1.4. Otras áreas de desarrollo: Intervención multidisciplinaria.	75
Conclusiones y discusiones	78
Referencias Bibliográficas.....	83

Introducción

Bajo la categoría de los “trastornos del neurodesarrollo” designada por el Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría en su 5ta versión (DSM-5) y por la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) como “trastornos generalizados del desarrollo”, se agrupan una serie de cuadros crónicos de manifestación temprana que clínicamente se caracterizan por la perturbación grave y generalizada de las diversas áreas del desarrollo del niño/a.

Actualmente el DSM-5 reconoce la subcategoría “trastorno del espectro autista” que genéricamente engloba estas alteraciones y que se utiliza para describir una diversa gama de desórdenes que se caracterizan por déficits persistentes en comunicación social e interacción social, así como por patrones repetitivos y restringidos de conductas, actividades e intereses, y que causan alteraciones clínicamente significativas a nivel social, ocupacional o en otras áreas importantes del funcionamiento del niño/a (American Psychiatric Association [APA], 2013).

Es en este contexto que surge el desafío para terapeutas de niños/as y adolescentes con trastorno del espectro autista en el planteamiento de los objetivos de tratamiento y la definición de la mejor estrategia de intervención psicológica a fin de mejorar la adaptación del niño/a a su medio social de modo contribuir a su calidad de vida.

La mayoría de los programas de intervención con niños/as con trastorno del espectro autista se fundamentan desde el paradigma cognitivo conductual y han sido empleados para modificar comportamientos, reforzar conductas apropiadas y fomentar un repertorio de comportamientos adaptativos, uno de los programas más famosos es el ACA o ABA cuyas siglas en inglés quieren decir Análisis Comportamental Aplicado (Lovaas, 1987). Por otro lado, se hayan las intervenciones fundamentadas en la denominada “práctica basada en la evidencia” dentro de las que se distinguen tres formas diferentes: la primera sigue el criterio de prácticas basadas en la intervención, la segunda corresponden a modelos globales de tratamiento y, en tercer lugar, los estudios psicofarmacológicos (Salvadó, Palau, Clofent, Montero & Hernández, 2012).

Otras intervenciones que han mostrado ser exitosas, según Breinbauer (2003), sería aquellas basadas en la rehabilitación intensiva de trastornos a la base con apoyo de un equipo interdisciplinario en dificultades vinculadas a trastorno del lenguaje, ausencia de intención comunicativa, trastornos dispráxicos, trastornos de modulación sensorial, apoyado fuertemente en fonoaudiología y terapia ocupacional. Sumado al trabajo en conjunto con los padres/madres para el desarrollo de técnicas de interacción e intención comunicativa basado en el juego y en el vínculo con el niño/a (Breinbauer, 2003).

Según menciona la misma autora, las principales intervenciones con niños/as con trastorno del espectro autista son orientadas al desarrollo de habilidades en la ejecución de

actividades de la vida diaria, seguimiento de instrucciones, adherencia a normas de conductas, comunicación de necesidades básicas, disminución de conductas desadaptativas y/o agresivas, entre otros.

No obstante, al pensar en el niño/a con trastorno del espectro autista, y entendiendo que esta condición implica invariablemente un compromiso global del desarrollo, se hace necesario recurrir a un marco integral que permita comprender dicho desarrollo en sus diversas dimensiones para a partir de allí también entender la psicopatología. Con base en estos conocimientos es posible plantear una estrategia terapéutica que incluya en su planificación un conocimiento profundo de la etapa de desarrollo psicológico que se encuentra el niño/a en sus distintas áreas y las metas evolutivas esperadas en cada una de ellas.

Sepúlveda y Capella (2010) siguiendo los planteamientos de Piaget, Bruner y Kohlbert señalan que el desarrollo infantil se caracteriza por ser un proceso dinámico de cambios tanto cualitativos, como cuantitativos, además de ser un proceso creativo mediante el cual se reestructura constantemente la organización personal a través de la interacción con el medio y que implica la formación totalidades configuradas, las llamadas estructuras psicológicas, que se organizan en las distintas áreas funcionales del desarrollo psicológico: cognitiva, afectiva, social y moral.

Bajo esta perspectiva, el ser humano no se constituye apenas por la suma de elementos superpuestos independientes uno de los otros, más bien se consideran aspectos biológicos, psicológicos y filosóficos al estudiar la actividad evolutiva constitutiva de significados. Esta actividad implica la relación del organismo con el ambiente (adaptación), la relación del sí mismo con el otro (identidad) y la relación del sujeto con el objeto. Se propone desde allí que el sujeto lleva consigo una representación o concepción que conduce a construir activamente su conocimiento del mundo externo, por lo que realidad puede ser interpretada de distintas formas (Sepúlveda, 2002).

Piaget (1986) plantea que el desarrollo psíquico consiste esencialmente en una marcha hacia el equilibrio que dice relación al ajuste progresivo entre asimilación y acomodación. La interacción entre el sujeto y el objeto implica un proceso de asimilación, o sea, la atribución de significado a los objetos y de acomodación, considerado como la modificación de los esquemas del sujeto en función de las características del objeto. Ello implica un proceso de construcción continua que se da en fases de ajustamiento movilizadas por desequilibrios o perturbaciones las que van permitiendo mayor flexibilidad y movilidad, por lo tanto el desarrollo no sería lineal, sino más bien como plantea Kegan (1982), tomaría forma de espiral donde cada etapa se entrelaza y persiste, formándose nuevos estadios, con una organización distinta y particular.

En este contexto la psicopatología se entiende como un desvío del curso considerado normal de desarrollo (Wenar, 1994; Cicchetti, 1984; Sourfe y Rutter, 1984, Cicchetti y Toth, 2009, citados en Sepúlveda y Capella, 2010) al no lograrse el equilibrio en la interacción con el

medio y el alcance de las principales metas evolutivas correspondiente a la etapa evolutiva que se encuentre la persona (Sroufe y Rutter, 1984 citados en Sepúlveda y Capella, 2010).

En función de dichos principios es que surge el enfoque evolutivo en psicoterapia, que es el resultado de la integración del paradigma de Piaget no solo en el proceso diagnóstico clínico, sino también en la psicoterapia, a través de la incorporación de los conceptos de la epistemología piagetiana con los conceptos evolutivos, entregando a los sistemas psicoterapéuticos las bases teóricas y prácticas para la realización de las intervenciones clínicas (Sepúlveda, 2013).

La psicoterapia en esta línea apunta a conseguir cambios estructurales profundos que promuevan el proceso de descentración, la construcción de una realidad consensuada y el desarrollo de una identidad personal autónoma y solidaria (Sepúlveda, 2008), así como la toma de conciencia de que la propia realización integral de la persona depende, de igual manera, de la realización del otro (Sepúlveda, 2013). El objetivo terapéutico primordial, por lo tanto, es el logro del equilibrio en cada etapa de desarrollo del niño/a a fin de alcanzar una organización equilibrada del sí mismo, facilitando al mismo tiempo, los procesos de diferenciación e integración en la búsqueda de cambios estructurales que abarquen estos aspectos esenciales del desarrollo (Sepúlveda, 2002). El énfasis, por ende, está puesto en visualizar al proceso de cambio de la persona más allá de una sumatoria de conductas o funciones psicológicas aisladas que deben ser modificadas.

En este contexto, conocer la interrelación de los elementos del desarrollo se hace fundamental al momento de planificar e intervenir terapéuticamente y aporta, al mismo tiempo, a la comprensión de la psicopatología de base y de los elementos estructurales de fondo que subyacen al funcionamiento psicológico del niño/a con trastorno del espectro autista. No obstante ello, en la literatura aparecen escasamente estudiado desde el constructivismo evolutivo los trastornos del espectro autista y su abordaje psicoterapéutico, estas nociones sirven de directriz para entender la organización evolutiva del niño/a que consulta y guía la toma de decisión estratégica para el abordaje terapéutico del niño/a con alteraciones globales del desarrollo.

Del conocer la organización del desarrollo del niño/a deriva la comprensión de la manera en que éste construye su realidad, cuán exitosa es su adaptación al medio y el grado de diferenciación e integración de sí mismo y los otros. De este ejercicio se advierten cuáles aspectos se encuentran comprometidos y, por tanto, necesarios de fortalecer para facilitar el avance evolutivo a estadios más avanzados. Dicho de otro modo, observar el estado del desarrollo, según esta visión, dará luces respecto a qué nivel intervenir cuando existan fijaciones y estancamientos en relación a lo esperado, reconociendo el estado de avance en las etapas y el logro o no de los hitos evolutivos esperados propios de cada una de ellas.

Derivado de todo lo anterior, la relevancia de este trabajo radica en explorar esta temática analizando el desarrollo psicológico en niños/as que presentan este trastorno, proponiendo lineamientos terapéuticos que integren los principios del constructivismo evolutivo con base en elementos planteados por los modelos actuales de intervención más

mencionados en la literatura, planteando la psicoterapia de esta línea como una estrategia idónea y válida para el tratamiento de niños/as con este tipo de trastorno.

1.1. Pregunta de investigación

¿Cómo se organiza el desarrollo en niños/as con trastorno del espectro autista, y de qué manera considerar estos aspectos para una propuesta de lineamientos psicoterapéuticos desde el enfoque evolutivo constructivista con base en modelos de intervención actuales?

1.2. Objetivos

- Describir las etapas y áreas del desarrollo psicológico de los niños/as con trastorno del espectro autista desde el enfoque constructivista evolutivo.
- Describir los criterios psicopatológicos del trastorno del espectro autista desde el enfoque constructivista evolutivo.
- Proponer lineamientos psicoterapéuticos desde el enfoque constructivista evolutivo con base en modelos de intervención actuales en el tratamiento de los trastornos del espectro autista.

1.3. Metodología

Esta memoria corresponde a una investigación teórica descriptiva y analítica. El método de investigación se concentra en la recopilación de información y revisión de fuentes documentarias tales como: libros, tesis, videos, sitios web, bases de datos y artículos de revistas especializadas cuyos años de publicación comprenden desde 1979 a 2013.

Se lleva a cabo un análisis teórico integrado mediante la cual se intentará dar respuesta a la pregunta planteada. Esta investigación que se presentará será de tipo exploratorio-explicativo, en tanto, es un tema que se haya escasamente abordado desde el enfoque que se analizará.

Capítulo 1

Trastornos del espectro autista

1.1. Aspectos generales

Los trastornos del espectro autista se caracterizan por déficits persistentes en la comunicación e interacción social en diversos contextos, que incluyen limitaciones en la reciprocidad social, en la comunicación no verbal, y en las habilidades necesarias para desarrollar, mantener y comprender las relaciones interpersonales. En adición a estos déficits en la comunicación social, el diagnóstico requiere la presencia de patrones de comportamiento, intereses o actividades repetitivas y restringidas. Debido a que los síntomas cambian con el desarrollo y pueden estar enmascarados por mecanismos compensatorios, el criterio diagnóstico debe estar basado fundamentalmente en una información de tipo histórica (American Psychiatric Association, 2013).

Su presentación clínica es diversa y guarda relación con la severidad del caso en cuanto a sintomatología o patología asociada, pudiendo asociarse a otros síntomas como retardo mental (RM), crisis convulsivas, hiperactividad, distractibilidad, impulsividad, agresividad, rabietas, trastornos del sueño, trastorno obsesivo compulsivo y trastorno del humor (Severgnini, 2006), ecolalia demorada, hipersensibilidad (Albores, Hernández, Díaz, & Cortes, 2008), déficit sensorial y cognitivo global, y deprivación afectiva o social (Quijada, 2008).

Esta disarmonía generalizada en el desarrollo además incluye alteraciones en las funciones cognitivas superiores independiente del potencial intelectual inicial (Quijada, 2008). El trastorno se manifiesta entre el primer y tercer año de vida, al surgir la sintomatología puede confundirse con otros trastornos o discapacidades, tales como el retraso mental, hipoacusia, epilepsia, síndrome de Down, entre otros (Deveikis, s.f. citado en Irarrázaval, Brokering & Murillo, 2005).

En cuanto a la evolución Cuxart (2000) describe dos formas, una de inicio precoz y progresivo, y otra forma más rara de tipo regresiva que se caracteriza por un comienzo tardío, que implica una regresión y pérdidas de habilidades adquiridas previamente.

En cuanto a su epidemiología, Leo Kanner, quien fue el primero en describir el cuadro, afirmaba que este trastorno afectaría a 1 persona en 10.000, no obstante, actualmente se presume que 1 en 150 personas puede presentar esta condición (Quijada, 2008). De acuerdo al primer Estudio Nacional de la Discapacidad publicado el año 2004 realizado por el entonces denominado Fondo Nacional de la Discapacidad (FONADIS) en conjunto con el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) arrojó que del total de la población chilena, 15.500 personas, es decir, uno de cada mil chilenos presenta discapacidad por trastornos severos de la

comunicación (FONADIS, 2004). Otro estudio realizado recientemente en Estados Unidos por los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC, 2013) reunió datos de niños/as diagnosticados con trastorno del espectro autista de diversas comunidades y orígenes étnicos que en 2008 cumplieron 8 años. Esta cifra muestra un incremento del 78% en los últimos diez años.

1.2. Clasificaciones y criterios diagnósticos

Leo Kanner el año 1943 situó este cuadro bajo el título de “trastornos autistas del contacto afectivo” que incluía características comunes observadas en 11 niños/as en tres áreas diferentes del funcionamiento psíquico: 1) apreciable perturbación en la reciprocidad de la interacción social, con tendencia al aislamiento, retraimiento o soledad; 2) notoria alteración en las capacidades comunicativas, con profunda inhibición o ausencia de lenguaje, tanto expresivo como comprensivo y; 3) repertorio conductual patológico y disruptivo, consistente en estereotipias motoras y afán por conservar inmutable o inalterado el entorno (Irarrázaval, Brokering & Murillo, 2005).

Ya en el Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría en su 4ta versión (DSM IV) se incorporaron otros trastornos autistas a la categoría que comprendía los “trastornos generalizados del desarrollo” como el trastorno desintegrativo o, también llamado, síndrome de Heller, condición similar al trastorno del espectro autista salvo que se manifiesta tras un periodo relativamente prolongado de desarrollo psicomotor normal (Irarrázaval, Brokering & Murillo, 2005). En este manual se describió una diversa gama de desórdenes que se agrupaban bajo tres criterios centrales: a) severa alteración en la reciprocidad de la interacción social, b) alteración significativa de la comunicación, y c) repertorio conductual traducido en rutinas complejas, insistencia en lo mismo, patrones de juego o intereses restringidos, estereotipias motoras y destrezas imaginativas rígidas y restringidas (Breinbauer, 2003). Aquí se incluía el trastorno del espectro autista, el trastorno de Asperger, el trastorno del desarrollo no especificado, el trastornos de Rett y el trastorno desintegrativo infantil como formas diferentes e independientes una de la otra.

Actualmente, la quinta versión de este manual reconoce la categoría de “trastorno del espectro autista” como parte de una subclasificación de los “trastornos del neurodesarrollo” que engloba todas las formas incluidas en los “trastornos generalizados del desarrollo” sin distinción una de otra. Esto se fundamenta en que los trastornos de comunicación social y conductuales atienden a un continuo de leve a grave, y en realidad no se trataría de trastornos distintos. Aquí los tres criterios centrales se reducen a dos: a) alteraciones en las habilidades socio-comunicativa y b) intereses fijos y conductas repetitivas (American Psychiatric Association, 2013).

Cuxart (2000) ya sustentaba esta noción confiriéndole al trastorno del espectro autista la característica de “continuum” en el cual las diferencias interindividuales puede ser muy amplias, esta heterogeneidad se refleja en tres factores que determinan sus diferencias: por

un lado el cociente intelectual (presencia o no de discapacidad intelectual), la intensidad de la sintomatología que varía notablemente entre sujetos y la sintomatologías asociada al cuadro, aludiendo a la presencia de síntomas secundarios (ej. Trastornos del sueño o alimentación) en cantidad, intensidad y con frecuencia variable.

En el diagnóstico de trastorno del espectro autista las características clínicas individuales se observan a través del uso de especificadores (con o sin acompañamiento de deterioro intelectual; con o sin acompañamiento de deterioro del lenguaje estructural; asociado con una condición médica / genética o ambiental / adquirida conocida; asociado con otro trastorno del desarrollo neurológico, mental, o trastorno del comportamiento), así como especificadores que describen los síntomas de trastorno del espectro autista (edad de la primera sospecha y con pérdida o no de habilidades establecidas) (APA, 2013).

De los 12 síntomas que aparecen en el DSM-IV, en el DSM-V se reducen a 7, fusionándose aquellos criterios que describen características semejantes:

a) Área socio-comunicativa:

- Déficits en las conductas de interacción mutua en el campo social y emocional: desde problemas muy leves, hasta la inexistencia de interacción social.
- Déficits en las conductas de comunicación empleadas en la interacción social: desde una comunicación verbal y no verbal poco integrada, hasta la inexistencia de expresiones o gestos faciales.
- Déficits en el desarrollo y mantenimiento de relaciones: desde dificultades para mantener un comportamiento apropiado en el juego con otros niños/as, por ejemplo, hasta la inexistencia de interés por los otros.

b) Área de intereses fijos y conductas repetitivas:

- Lenguaje oral, movimientos corporales, etc., estereotipados y/o repetitivos: estereotipias motoras, ecolalia, entre otras.
- Rutinas, rituales verbales, no verbales, motores, etc.
- Muy pocos intereses en los que se centran de forma que no prestan atención a nada que esté fuera de ellos.
- Mucha o poca reacción a estímulos sensoriales: pasividad al dolor, al calor, al frío, al olor, a la iluminación, a objetos móviles, etc.

Otra de las clasificaciones más utilizadas, es la propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la décima revisión de la Clasificación Estadística Internacional de

Enfermedades (CIE-10) publicada el año 1992, que bajo la categoría “trastornos generalizados del desarrollo” incluyen:

- Trastorno del espectro autista infantil
- Trastorno del espectro autista atípico:
 - Atipicidad en la edad de comienzo
 - Atipicidad sintomática
 - Atipicidad tanto en edad de comienzo como sintomática

- Síndrome de Rett
- Otro trastorno desintegrativo de la infancia
- Trastorno hipercinético con retraso mental y movimientos estereotipados
- Síndrome de Asperger
- Otros trastornos generalizados del desarrollo
- Trastorno generalizado del desarrollo sin especificación
- Otros trastornos del desarrollo psicológico
- Trastorno del desarrollo psicológico, no especificado

Esta clasificación buscó la convergencia con criterios del DSM-IV, de modo permitir la comparación de futuras investigaciones y para disminuir el riesgo de que las personas recibieran diagnósticos diferentes (Autismo Burgos, s.f.).

Por su parte la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) desde el año 2001 incluye al trastorno del espectro autista dentro de las alteraciones en el dominio de las “funciones psicosociales globales” que implican las “funciones mentales generales, y su desarrollo a lo largo del ciclo vital requeridas para entender e integrar de forma constructiva varias funciones mentales que conducen a la obtención de habilidades interpersonales necesarias para establecer interacciones sociales recíprocas tanto a lo referente al significado y a la finalidad” (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2001. p.75).

Martos (2008), realiza una interesante distinción en el uso de los términos “trastorno generalizado del desarrollo” y “trastorno del espectro autista”, postulando que el primero alude más bien a un enfoque categorial propio de las clasificaciones internacionales (Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría [DSM] y la Clasificación Internacional de Enfermedades [CIE]), que definen categorías diagnosticas diferenciadas cuyos elementos se organizarían alrededor de aspectos prototípicos. Por su parte el término “trastorno del espectro autista” resalta la noción dimensional de un continuo reflejado en el concepto de espectro, englobando diferentes clasificaciones diagnósticas referentes a los grupos o subgrupos de trastornos del espectro autista. Dicho de otro modo, ambos términos corresponden a dos planos de explicación diferentes, siendo el primero parte de un sistema categorial y el segundo de un sistema multidimensional de comprensión.

En otros textos, especialmente de la literatura europea, estos trastornos han sido agrupados dentro del capítulo de las “psicosis infantiles” (Marcelli y Ajuriaguerra, 1996; Assumpção, 2000 citados en Irarrázaval, Brokering, Murillo, 2005; Misès, 1990). Este es el caso de Roger Misès (1990) quien sitúa el trastorno del espectro autista dentro de la categoría de las psicosis infantiles enumerando sus diferentes presentaciones clínicas en su Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales de los Niños cuyo núcleo de fundamentación de su planteamiento diagnóstico radica en la consideración de los elementos evolutivos alterados en las diversas patologías expresadas como desbalances en el curso del desarrollo.

Según este autor las psicosis infantiles se organizarían en torno a tres categorías: autismo precoz de Kanner, psicosis precoces deficitarias y las disarmonías psicóticas, en cuyos criterios diagnósticos se encuentran intrincados dos tipos de hechos: a) la presencia de una innegable disarmonía evolutiva, y b) la emergencia de rasgos estructurales específicos de la psicosis (Misès, 1990).

Finalmente, otra llamativa clasificación interesante de destacar son las desarrolladas por autores norteamericanos y holandeses quienes hablan de una entidad denominada trastorno del desarrollo múltiple y complejo (TDMC), en la que conviven signos de trastorno del espectro autista con trastornos del pensamiento. Su sintomatología se asocia a: alteraciones de la regulación de los estados afectivos y ansiedades, de la relación social y presencia de trastorno del pensamiento (Buitelaar & van der Gaag, 1998).

1.3. Curso y evolución del cuadro

Revière (1997) plantea que aunque Kanner y Asperger creían que los niños/as con trastorno del espectro autista manifestaban la sintomatología desde el comienzo de la vida, diversas investigaciones han demostrado lo contrario, es más, sólo en uno de cada cuatro casos hay alteraciones en el primer año. Lo frecuente es que sus manifestaciones ocurran entre los 18 y los 54 meses, periodo que constituye una edad crítica en el desarrollo, salvo raras excepciones que podrían ocurrir después de un desarrollo normal a los dos, hasta casi los tres años de vida.

La mayoría de los padres/madres de niños/as con trastorno del espectro autista manifiestan al primer año haber detectado algún problema en el desarrollo del niño/a (Ej. excesiva pasividad). Incluso en los casos de desencadenamiento tardío se echaban en falta retrospectivamente conductas comunicativas protodeclarativas¹ y protoimperativas² propias

¹ Los niños/as desde los 18 meses comienzan a realizar gestos protoimperativos, que es un tipo de conducta comunicativa que se lleva a cabo en interacción con el adulto para conseguir algo, peticiones de objetos, ayuda, acciones, etc. Ello conforma lo que se ha denominado “comunicación compartida” (Lampreia, 2007).

² Bates (1979 citado en Cuxart, 2000) las definen como conductas comunicativas de carácter prelingüístico que aparecen entre los 9 y 12 meses, que consiste en señalar algo con la mano para llamar la atención.

del final del primer año. Esto ha sido apoyado por estudios posteriores en bebés, donde los mismos expertos a cargo reportaron ser incapaces de diferenciar niños/as con desarrollo normal y alterado en el primer año de vida. Sólo las ausencias de conductas propositivas dirigidas a metas parecía ser indicador para el origen del trastorno del espectro autista (Lösche, 1990).

Relativo a la aparición del trastorno del espectro autista, Cuxart (2000) describe dos formas bien diferenciadas, una de ellas es la de tipo “precoz y progresiva” y otra, en un muy limitado número de casos, la de tipo “regresiva”. A continuación los planteamientos del autor:

Forma precoz y progresiva

Esta forma se caracteriza, como su nombre lo sugiere, por la aparición precoz y progresiva de síntomas desde los primeros meses de vida, si bien no existe un patrón determinado de aparición del trastorno, a nivel evolutivo se puede hallar ciertas regularidades en su presentación.

Existen casos en los que se observan alteraciones muy precoces, tales como, dificultades de succión, hipotonía, pasividad e hipersomnia y que han sido asociado a trastornos del desarrollo inespecífico, siendo posible de presentarse, en algunos casos, sintomatología inversa, es decir, hipertonia, irritabilidad e hiposomnia. Ya en el primer año es posible de encontrarse otras alteraciones, como es el caso de la ausencia de sonrisa social, débil o inconstante, ausencia de conductas anticipatorias como es el levantar los brazos para ser levantados o sonreír ante la presencia de la mamadera o biberón, ausencia de balbuceo, desinterés por objetos lúdicos, selectividad alimentaria, entre otros.

A medida que el niño/a crece, entre los 9 y 12 meses el repertorio de conductas aumenta espectacularmente, pudiendo identificarse ya claramente las conductas prototípicas del trastorno del espectro autista en esta etapa. A pesar de tardío se observa el desarrollo de gestos protoimperativos, lo que no ocurre con los de tipo protodeclarativos. Con independencia de estos indicadores parece imposible lograr detectar un posible trastorno del espectro autista antes de los 18 meses, no obstante, no es hasta que aumenta los movimientos del cuerpo y capacidad de deambular es que surgen más juicios para valorar la presencia o no de trastorno del espectro autista, sobre todo mediante el rechazo físico a las interacciones del niño/a con sus padres/madres traducido en conductas de aislamiento.

El juego espontáneo es otro aspecto que a partir del año de vida se pone de manifiesto. Algunas de estas actividades espontáneas que presentan los niños/as con trastorno del espectro autista se encuentran el girar objetos de forma continuada y en un estado de total ensimismamiento, alinear juguetes u objetos en cualquier forma ininterrumpida y preferencia por escuchar la misma melodía musical todos los días. A los 12 y los 24 meses surge la sintomatología secundaria, como es el caso de los trastornos del sueño (insomnio y levantares nocturnos) o trastornos de la alimentación (selectividad alimentaria) situaciones que si son tratadas erróneamente pueden agravarse rápidamente.

Forma regresivas

En formas regresivas se observa que el inicio de la aparición de la sintomatología aparece a partir de los 18 meses tras un desarrollo aparentemente normal. Este corte brusco en la senda evolutiva se produce en el tiempo sin un factor inductor reconocible. El proceso regresivo no dura más 6 meses para establecerse como un trastorno autista como tal.

El patrón habitual de regresión se caracteriza por:

- Aislamiento social gradual.
- No responder a cuando se le llama.
- El juego se torna una serie de actividades primarias sin sentido, reiterativas y no funcionales (morder juguetes, azotarlos contra el suelo, correr descontroladamente).
- Desaparición del lenguaje oral, el niño/a comienza a emitir solo gritos o sonidos sin carácter propositivo.
- Aparición de enuresis y encopresis secundaria.

Es importante mencionar que a pesar de que estos cuadros en su mayoría se desencadenan sin un factor gatillante reconocible, en limitados casos se hayan correlacionados a algún evento al que se le puede atribuir la condición de factor precipitante, como por ejemplo, el inicio de la guardería o la ausencia prolongada de la madre. Para el autor, esto reafirma la teoría de la predisposición neurológica de base, a lo que si se le añade un factor estresante éste actúa como catalizador que desencadenaría el inicio del proceso.

Revière (1997) postula que es entre los 18 y 54 meses cuando los niños/as autistas se aíslan mayormente, y ofrecen una significativa impresión de soledad, se observan marcadas estereotipias y alteraciones de conducta, como las autoagresiones, además se presentan más lábiles emocionalmente, lo que se manifiesta en rabietas y en conductas disfuncionales de relación con las personas y las cosas. Con todo, la evidencia acumulada sugiere que la sintomatología presenta mejoras en algún grado durante la adolescencia y la edad adulta. Esta mejora puede ser, sin embargo, en algunas conductas, pero no en otras, y con diferente temporalización (Seltzer et al., 2003 citados en Martos, Freire, González, Llorente & Ayuda, 2013).

Dichas mejoras se han relacionado a la capacidad intelectual y a la gravedad del trastorno. Gran parte de estos niños/as logran integrarse a la educación regular desarrollando capacidades funcionales complejas, lo que incluye el lenguaje y destrezas cognitivas que implican la incorporación a la cultura. Otros desenvuelven habilidades básicas de relación, aplicación de esquemas funcionales a objetos, autonomía y categorización elemental, comúnmente el estado emocional en la etapa escolar es menos lábil y más adaptativo que el del preescolar, y el inaccesible aislamiento de la infancia se va sustituyendo por motivos y capacidades de relación. El mundo caótico y sin codificar del preescolar autista se ordena en mayor o menor grado, y la conducta se hace más propositiva (Revière, 1997).

A continuación una breve reseña descriptiva sobre la evolución de este cuadro según edades:

- **Primer año**

Lactante: Los bebés se muestran poco alerta y desinteresado por su entorno, pueden permanecer largas horas en la cuna sin demandar atención. Los casos más severos no responden siquiera al abrazo materno y se acomodan con dificultad en sus brazos (Deveikis, s.f. citado en Irarrázaval, Brokering & Murillo, 2005).

Tercer-cuarto mes: La sonrisa social no aparece pese a que pueden impresionar como si estuvieran contentos/as. Rara vez parecen dirigirle la mirada al rostro materno, se comportan con indiferencia hacia las personas y no distinguen a los familiares. Por otro lado, muestran desinterés por los juegos y, en algunos casos, pueden llorar largo rato sin causa aparente (Deveikis, s.f. citado en Irarrázaval, Brokering & Murillo, 2005). En algunos casos sus ritmos circadianos pueden estar alterados, con inversión de los horarios del sueño y de la alimentación (Irarrázaval, Brokering & Murillo, 2005). Se observa ausencia de mímica facial apropiada e hipotonía (Cuxart, 2000).

Según Martos (2006) con menor frecuencia se han señalado aspectos relacionados con la presencia de anomalías sensoriales y perceptivas (menor capacidad de control inhibitorio y dificultades con el cambio de foco atencional: se centran en objetos o partes de objetos durante períodos más prolongados de tiempo).

Por otro lado, se espera desde los 9 meses en adelante lo que se ha denominado “intersubjetividad secundaria”, ello le enseña al niño/a sobre la acción que puede ejercer en el mundo de los objetos y, por otro, la interacción y la comunicación con las personas cuya característica esencial es la dotación de sentido a los temas conjuntos de relación a través de un proceso de conciencia compartida, ello posibilita que la mente del niño/a aprenda cómo las otras personas ven el mundo y cómo usan los objetos en él, sin embargo, el desenvolvimiento de esta cualidad en los niños/as con trastorno del espectro autista no es posible de concretarse (Martos, 2006).

- **Segundo y tercer año**

Avanzan las conductas desadaptativas. Los niños/as no muestran respuesta emocional hacia los padres/madres (Deveikis, s.f. citado en Irarrázaval, Brokering & Murillo, 2005), eventualmente pueden aferrarse a la madre de forma muy primitiva, con el fin de establecer contacto físico. En caso de que aparezca, el desarrollo de lenguaje es tardío y/o se comunican por señas, no hay contacto visual, la mirada barre los espacios y las personas sin detenerse, lo que es conocido con el nombre de “mirada de barrido” (Irarrázaval, Brokering & Murillo, 2005), se constata una ausencia de lenguaje protodeclarativo (Rivière, 1997). Algunos presentan movimientos repetitivos (mecerse, golpearse la cabeza, aletear con las manos), al parecer su umbral de dolor se encuentra disminuido, incluso ante estímulos auditivos

pudiendo llegar a asustarse ante ruidos insignificantes. Pueden presentar llanto desconsolado sin causa aparente (Deivis, s.f.). Se observa que el juego simbólico está ausente, rígido y restringido, utiliza los juegos en torno a actividades desorganizadas sin una trama de mayor complejidad, aquellos que logran la capacidad de representar la realidad lo hacen de manera muy básica. Este déficit se ha asociado a la presencia de dispraxia asociada a la dificultad de ideación y planificación (Breinbauer, 2003).

Se observa un importante retardo en el desarrollo del cuidado personal y de control de esfínteres (Irrázaval, Brokering & Murillo, 2005). Se observa rigidez importante en la conducta, no toleran cambios en la rutina, el contacto con personas nuevas, lugares desconocidos y cambio de lugar de objetos en su entorno (Cuxart, 2000).

- **Niñez**

El periodo más crítico abarca desde los 18 a los 54 meses. Generalmente es en esa etapa que los niños/as con dicha condición mayormente se aíslan, ofrecen una impresión más desoladora, se entregan más obsesivamente a sus estereotipias, presentan más alteraciones de conducta, labilidad emocional, tienen más rabietas y poseen menos destrezas funcionales de relación con las personas y las cosas (Rivière, 1997).

Muestran bajo grado de independencia y autonomía en hábitos de autocuidado e higiene, pueden llegar a presentar episodios recurrentes de enuresis secundaria y encopresis secundaria diurna (Cuxart, 2000). Aquí se hacen más evidentes sus dificultades relacionales, aunque suelen imitar a los demás niños/as, prefieren jugar solos. No construyen ni planifican actividades, no muestran capacidad de simbolización. No presentan experiencias ni vivencias propias y el lenguaje es limitado (Irrázaval, Brokering & Murillo, 2005).

Aunque se hablan de mejoras en la edad escolar comprendida entre los 5 y 13 o 14 años, el ritmo de los cambios depende de la capacidad intelectual y la severidad del cuadro. Algunos niños/as pueden ser capaces de integrarse en la escuela regular y adquieren capacidades funcionales muy complejas, incluyendo lenguaje y destrezas cognitivas o conocimientos que implican la incorporación, aunque con ciertas limitaciones, a la cultura (Rivière, 1997).

En esta etapa pueden aparecer comportamientos autoestimulatorios y/o tendencias autolesivas que hacen más difícil el manejo conductual de estos menores. Pueden además presentar ataques violentos, agresivos y sin provocación alguna, frecuentemente manifiestan hiperactividad lo que contribuye a menguar las capacidades de aprendizaje del niño/a. Sin embargo, al llegar a la edad escolar, muchos de ellos pueden lograr un rudimentario contacto y apego con los padres/madres, así como alguna, pero limitada, interacción social (Irrázaval, Brokering & Murillo, 2005).

Es frecuente la conducta de pica más allá de los límites cronológicos evolutivos esperables, lo que conlleva a problemas de salud a causa de intoxicaciones y obstrucción intestinal (Cuxart, 2000).

- **Adolescencia**

Un bajo porcentaje logran progresos comunicativos, la mayoría evoluciona al deterioro social y funcional (Irrarázaval, Brokering & Murillo, 2005). En esta etapa se presentan similitudes con los individuos con retardo mental, pero se diferencian por presentar mayores dificultades en la comunicación y en la interacción social. La adolescencia puede representar un periodo de perturbación con reaparición de síntomas y trastornos previamente superados, con aumento de la labilidad emocional, episodios depresivos, insomnio, trastornos alimentarios, crisis epilépticas convulsivas, así como conductas problemáticas como autoagresiones, cambios explosivos de humor, conductas heteroagresivas, agitación e hiperactividad. El surgimiento de impulsos sexuales no implica casi nunca el desarrollo de motivaciones de ese tipo con relación a otras personas, rara vez existe el otro como objeto de deseo sexual (Rivière, 1997).

- **Edad adulta**

En la vida adulta, la mayor parte de los casos sigue requiriendo asistencia y ayuda profesional, por ejemplo, para ser guiados en sus actividades laborales, así como también, deben seguir siendo ayudados por personas cercanas en su contexto inmediato. Necesitan además ambientes poco complejos, ordenados y fáciles de comprender (Breinbauer, 2003). Cuando reciben la atención temprana adecuada la vida adulta suele ser satisfactoria pudiendo acercarse a un grado aceptable de equilibrio entre inflexibilidad y variación (Rivière, 1997).

Capítulo 2

El constructivismo evolutivo

2.1. Bases teóricas de la psicoterapia constructivista evolutiva infanto-juvenil

El enfoque evolutivo en psicoterapia es el resultado de integrar el paradigma piagetiano no solo en el proceso diagnóstico clínico, sino también en la psicoterapia, a través de la incorporación de conceptos de la epistemología piagetiana con los conceptos evolutivos proporcionando a los sistemas psicoterapéuticos las bases teóricas y prácticas para la realización de las intervenciones clínicas (Sepúlveda, 2012).

El término constructivismo como epistemología concibe una persona activa que construye su realidad y lo evolutivo enfatiza en los sistemas orgánicos que evolucionan a través de etapas de acuerdo a principios regulares de estabilidad y cambio. Los síntomas, en este sentido, son comprendidos y tratados desde una perspectiva del desarrollo donde el sujeto construye y reconstruye su vivencia del mundo emocional (Sepúlveda, 2002).

Esta mirada supone la necesidad de integrar en el proceso terapéutico la concepción de la persona como un sistema cambiante, que si bien está condicionada a su base biológica es igualmente dependiente de los efectos de la experiencia (Wenar, 1994). Se reconoce aquí la influencia e interdependencia del desarrollo cognitivo, afectivo y social, así como de factores biológicos y comportamentales tanto en la etiología como en el tratamiento de la psicopatología (Powell & Oei, 1991 en Ronen, 1997).

Dentro del marco constructivista se integran aspectos biológicos, psicológicos y filosóficos al estudiar la actividad evolutiva constitutiva de significados implicando la relación del organismo con el ambiente (adaptación), la relación del sí mismo con el otro (identidad) y la relación del sujeto con el objeto. Se propone desde allí que el sujeto lleva consigo una representación o concepción que conduce a construir activamente el conocimiento del mundo externo, por lo que realidad puede ser interpretada de distintas formas (Sepúlveda, 2002).

La interacción entre el sujeto y el objeto implica un proceso de asimilación, o sea, la atribución de significado a los objetos y de acomodación, considerado como la modificación de los esquemas del sujeto en función de las características del objeto. El funcionamiento asimilativo y acomodativo supone siempre algún tipo de organización o sistema estructural. Efectivamente, los objetos en todos los casos se asimilan a algo y es mediante la acción que los objetos serán incorporados por el sujeto a los esquemas de acción³ (Wolman, s.f.).

³ Piaget (1969) llamará esquemas de acción a lo que, en una acción es transponible, generalizable o diferenciable de una situación a otra, es decir, lo que hay de común en las diversas repeticiones o aplicaciones de la misma acción.

Dicho de otra manera, la asimilación es la incorporación de los objetos en los esquemas de la conducta, no siendo los esquemas más que la trama de las acciones susceptibles de repetirse activamente (Piaget, 1966 citado en Hernández, 1979). La acción del medio, al mismo tiempo obliga al organismo a modificar el ciclo asimilador acomodándolo a la reacción de los objetos. En general, sólo puede ser asimilado aquello que mueve la acción del sujeto, o sea, que posee significación para la acción (Hernández, 1979). Bendersky, (2004) afirma que la asimilación es siempre “deformante”, ya que deforma al objeto en función de los esquemas de acción disponibles, los cuales, por lo tanto, constituiría marco asimiladores.

El mecanismo de asimilación no está solo o aislado, éste supone un movimiento complementario llamado acomodación, procesos que se implican mutuamente cuyo interjuego operan en función del denominado proceso de equilibración que es clave para la construcción de estructuras cognitivas sucesivas de orden superior que tienen relación, asimismo, con la adaptación (Piaget, 2008). Este proceso de equilibración es crucial para el desarrollo evolutivo del sujeto.

La acomodación guarda relación a la remodificación de la conducta como resultados de la experiencia (Piaget, 1967 citado en Rychlak, 1988). Una vez que el ambiente se incorpore al esquema ya construido la persona modifica el esquema para que se ajuste a las demandas y requerimientos del objeto, por lo que se ven constantemente obligadas a modificar o transformar sus esquemas al enfrentarse a experiencias nuevas cuando descubre que un esquema no se ajusta adecuadamente a las exigencias del mundo externo (Rychlak, 1988).

El enfoque piagetano, en este sentido, plantea la construcción de significado como una actividad epistemológica relacionada con el equilibrio del sujeto y el objeto, del sí mismo y el otro. El conocimiento en este sentido es un proceso evolutivo, que avanza mediante interpretaciones sucesivas más abarcadoras, ordenándose estructuralmente en sistemas jerárquicos y autoorganizados (Sepúlveda, 2002). Así las terapias evolutivas siguen el curso del desarrollo natural de las personas siendo éstas activas en sus procesos evolutivos y de psicoterapia. Por lo tanto, es clave el diálogo, el debate, la exploración de la realidad y la relación de significado para el sí mismo (Sepúlveda, 2012).

Desde las formulaciones piagetianas, los elementos centrales relativos a la organización de significados esenciales que constituyen la organización de la personalidad son, por un lado, la adaptación y la identidad, estos procesos involucra dos movimientos evolutivos, el equilibrio- entre los procesos de asimilación y adaptación- que está implicado en la objetivación de la realidad que facilita la adaptación, entendida como la estabilidad en la organización del sistema en relación con su medio y, por otro, la descentración que conlleva a la construcción de identidad personal como una integración del mundo y del otro (Sepúlveda, 2013).

El proceso cognitivo tiende a estados de equilibrios cada vez mayores o más complejos. Por lo tanto, si estas interacciones no están razonablemente equilibradas la persona puede quedar rígidamente fijada en esquemas que no están orientados a la realidad, o las irrelevancias del ambiente pueden desviarlas con facilidad alterando el equilibrio (Piaget, 1967 en Rychlak, 1988). Si las perturbaciones no fueran compensadas y no llevaran a la modificación de los esquemas, se estancaría el proceso de construcción. Es importante destacar aquí la noción de perturbación, que es la responsable por la producción de desequilibrios y que constituye el motor de la construcción de conocimiento.

Los desequilibrios como contradicciones, se presentan en todos los sistemas como elementos inherentes a cualquier desarrollo histórico, éstos pueden ser motivacionales en tanto obligan a superar su estado actual, el desequilibrio sería responsable de la posibilidad de lograr una reequilibración que conlleva mejoras en la adaptación al sistema (Piaget, 1978).

Por su parte Bruner (1991, citado en Sepúlveda, 2013) postula que la persona participa activamente en la construcción del conocimiento por medio de la percepción, del logro de conceptos y del razonamiento en la creación o construcción de conocimiento, en este sentido, la percepción es un proceso selectivo que considera necesidades, creencias y valores personales en la construcción de un mundo de tipo perceptual basado en la información sensorial.

La construcción de realidad incluye estrategias para reducir la complejidad del mundo, se elabora representaciones de la realidad que le den sentido a la experiencia en un determinado contexto social y cultural. Bruner plantea tres modos de representar el mundo, los que se relacionan con las estructuras cognitivas de Piaget y que se mantienen constantemente interactuando con las demás a lo largo de las diferentes construcciones que se van elaborado a lo largo de la vida (Bruner, 2001).

Kegan (1982), en una línea similar, sostiene que cada persona construye significado de una forma particular, integrando tanto cognición como afecto, que da lugar a un particular manera de significar el sí mismo y el mundo. Con cada movimiento evolutivo, se va logrado una mayor diferenciación e integración del sí mismo con el ambiente, de acuerdo a estadios universales de desarrollo.

El mundo externo, por lo tanto, no se presenta de forma directa al ser humano, sino más bien, mediante un proceso de construcción en el cual el sujeto es el principal responsable. En este sentido, se considera que la función del sistema nervioso es la construcción de la experiencia, de forma que ésta se adecue al modelo evolutivo del sujeto (Mahoney, 1991).

La psicoterapia constructivista evolutiva, entrega al psicólogo/a infanto-juvenil base teórica desde la epistemología constructivista “que se centra en el análisis de los aspectos histórico-evolutivos de la persona, a la vez que concibe el proceso terapéutico como un desarrollo genético evolutivo” (Sepúlveda, 2008. p.210) donde lo central es el logro de mayores rangos de flexibilidad de las estructuras cognitivas, y afectivas de modo de poder

asimilar nuevas experiencias y contribuir a una mayor reestructuración, facilitando así, nuevas acomodaciones a la realidad (Sepúlveda, 2013).

Dentro de este enfoque las metas se abocan al cambio de significado de la relación del sí mismo con el mundo, favoreciendo el descubrimiento de nuevas alternativas de significar la realidad (Sepúlveda, 2013). Es necesario relevar que durante el proceso se pasa por todas las etapas de desarrollo, ya sea en sus niveles sensorio-motor preoperatorio, operatorio y formal, esto dependiendo del nivel evolutivo de la persona y su problemática a abordar (Ivey, 1990).

Considerando estos elementos, es importante iniciar un proceso terapéutico según las formas de representación que se encuentran en su construcción de sí mismo y de realidad, para dar curso al proceso de transformación de significados, que al mismo tiempo implica reconocer un sujeto histórico (Sepúlveda, 2013). Se considera a la persona como un sujeto activo durante todo el proceso terapéutico estableciendo metas en conjunto de acuerdo a sus intereses y necesidades, constituyendo de esta manera, un proceso más bien creativo, que correctivo (Ronen, 2003).

Finalmente, es función y fin de la psicoterapia evolutiva el poder facilitar el proceso de adaptación del niño/a, sin perder de vista lo que caracteriza el estadio evolutivo en el que se encuentra en el momento que consulta, así como también aspectos de su historia clínica, siempre contemplando la globalidad de su funcionamiento, procurando intervenir estratégicamente en los aspectos que tenga relación con su problemáticas y los elementos evolutivos involucrado que haya que potenciar, a fin de promover su desarrollo de manera integral.

Capítulo 3

El desarrollo psicológico y la psicopatología evolutiva

3.1. El concepto de desarrollo desde el constructivismo evolutivo

Como se ha expuesto en apartados anteriores, el desarrollo implica un progreso hacia una complejidad creciente, que integra en cada etapa sucesiva los aspectos críticos de las etapas previas en una organización más articulada, donde se presentan fases de aceleración y adquisición de funciones y contenidos a las que siguen fases formativas de mayor estabilidad, donde ocurrirían fijaciones y la maduración de funciones adquiridas (Sepúlveda y Capella, 2010).

A lo largo del desarrollo psicológico se crean progresivamente totalidades configuradas y organizadas, las llamadas estructuras psicológicas, que irán progresivamente cambiando a través del tiempo, de modo que las diversas funciones psicológicas se van organizando con una variación interindividual, en las distintas áreas funcionales del desarrollo psicológico: cognitiva, afectiva, social y moral (Sepúlveda, 2013).

Para Kegan (1982) la evolución supone la repetición de los ciclos con el objetivo de crear nuevos estadios, en la que cada etapa constituye una forma de organización distinta del sí mismo, y particular respecto de su relación con otro, por lo que el desarrollo puede ser descrito en forma de espiral en el cual cada etapa del desarrollo se entrelaza y persiste. En este sentido, cada movimiento en el desarrollo implica diferencias cualitativas de la distinción entre el sí mismo y el mundo, no obstante, en situaciones críticas el sujeto puede recurrir a niveles inferiores, organizando la realidad de forma congruente a la respectiva etapa.

En una línea similar, Ivey (1990) propone un modelo simultáneamente lineal, cíclico y en espiral dentro de una estructura esférica, en que se integran las organizaciones evolutivas de Piaget. Dada la forma esférica de la estructura no es posible establecer un nivel más alto que otro dado que todas las dimensiones del desarrollo están activas simultáneamente, requiriéndose un logro adecuado de habilidades y conocimientos en cada nivel antes que sea posible una transformación al siguiente.

Para Sepúlveda (2002), el desarrollo sigue el curso de moverse de estructura a estructura, mediante una transición formativa desde la inestabilidad a la estabilidad estructural, caracterizando al desarrollo más bien como progreso. Cada estadio evolutivo es un equilibrio que refleja cuan diferenciado e incluido se encuentra el organismo de su ambiente vital. Cada etapa es una solución temporal a la tensión a través de la vida entre los deseos de inclusión y distinción. La historia vital se constituye como un continuo movimiento hacia delante y atrás entre resolver la tensión levemente hacia la autonomía en una etapa y en favor de la inclusión en la otra.

Todos los seres humanos pasan por etapas de desarrollo, esto sucede por una necesidad lógico epistemológica desde el nacimiento dada su dotación natural una vez iniciadas las relaciones con el mundo en esto media los aspectos biológicos que construyen los límites sobre las maneras de pensar y sus posibilidades (Rychlak, 1988).

3.1.1. Etapas del desarrollo del pensamiento según Piaget

De acuerdo con lo mencionado anteriormente, Piaget (1986) describe cuatro etapas del desarrollo, estadios que se suceden de modo tal que en cada uno de ellos se generan las condiciones cognitivas a nivel del pensamiento para que pueda aparecer el estadio siguiente:

- **Etapasensoriomotora (0-2 años):** Al nacer, el mundo del niño/a se enfoca a sus acciones motrices y a su percepción sensorial. Sus características y logros son el paso de la conducta refleja a la actividad dirigida a un objetivo y de la respuesta sensoriomotora a la representación mental e imitación diferida. Cuando termina el primer año ha cambiado su concepción del mundo, reconoce la permanencia de los objetos cuando se encuentran fuera de su propia percepción. El niño/a no es capaz de elaborar representaciones internas, lo que se supone como pensamiento; no ha desarrollado el lenguaje, su inteligencia se considera como preverbal. En la última etapa de este periodo se refleja una especie de lógica de las acciones, es decir, que la actividad está motivada por la experimentación.
- **Etapapreoperacional (2-7 años):** Esta etapa se caracteriza por el desarrollo del lenguaje y de la capacidad para pensar y solucionar problemas mediante el uso de símbolos, lo que es conocido como función semiótica. El pensamiento infantil ya no está sujeto a acciones externas, comienza a interiorizarse. Las representaciones internas proporcionan el vehículo de más movilidad para su creciente inteligencia. Las formas de representación internas que emergen simultáneamente al principio de este periodo son: la imitación, el juego simbólico, la imagen mental y un rápido desarrollo del lenguaje hablado. A pesar de importantes adelantos en el funcionamiento simbólico, la habilidad infantil para pensar está marcada con cierta inflexibilidad, es altamente egocéntrica. El pensamiento posee características peculiares como el animismo, donde el niño/a tiende a concebir las cosas inertes como si estuvieran vivas y dotadas de intenciones, la causalidad preoperatoria, constituye otra característica del pensamiento infantil donde están indiferenciadas las explicaciones por las causas y por los fines de los sucesos, y por otro lado el artificialismo también es parte del pensamiento preoperacional (Piaget, 2008), donde los niños/as consideran las cosas como el producto de la fabricación humana en lugar de prestarles a ellas la actividad fabricadora.
- **Etapade operaciones concretas (7-12 años):** Se desarrolla la capacidad para pensar de manera lógica debido a la consecución del pensamiento reversible, la

conservación, la clasificación, la seriación, la negación, la identidad y la compensación. Las operaciones matemáticas surgen en este periodo. El niño/a se convierte en un ser cada vez más capaz de pensar en objetos físicamente ausentes, apoyado en imágenes vivas de experiencias pasadas. Se desarrolla la capacidad de solucionar problemas concretos de manera lógica, adoptar la perspectiva del otro, considerar las intenciones en el razonamiento moral. Los niños/as de 7 a 8 años muestran una marcada disminución de su egocentrismo, se vuelven más sociocéntricos. Entonces las explicaciones que elaboran los niños/as están más a tono con el que escucha, por eso llegan a estar conscientes de los puntos de vista ajenos y busca justificar sus ideas y coordinar las de otros. Sus explicaciones son cada vez más lógicas.

- **Etapas de operaciones formales (12 años en adelante):** El pensamiento hipotético y exclusivamente simbólico se hace posible. El pensamiento se vuelve más científico conforme la persona desarrolla la capacidad para generar y probar todas las combinaciones lógicas posibles relacionadas a un problema, se desarrolla la habilidad de pensar más allá de la realidad concreta. En la etapa anterior desarrolló relaciones con interacción y materiales concretos; ahora puede pensar en la relación de relaciones y otras ideas abstractas. Es capaz ahora de entender plenamente y apreciar las abstracciones simbólicas del álgebra y la crítica literaria, así como el uso de metáforas en la literatura. A menudo se ve involucrado en discusiones espontáneas sobre filosofía, creencias, comportamientos sociales y valores, en las que son tratados conceptos abstractos, tales como justicia y libertad. Surgen las preocupaciones acerca de la identidad y las cuestiones sociales.

Como se aprecia y derivado de las descripciones de estas etapas, el autor enfatiza que estas construcciones sucesivas apuntan siempre al descentramiento del punto de vista inmediato y egocéntrico a fin de situarlo en una coordinación cada vez más amplia de relaciones y nociones. Paralela a esta elaboración intelectual, la afectividad se libera poco a poco del yo a voluntad de la reciprocidad y a la coordinación, de los valores, a las leyes de la cooperación. (Piaget, 1973).

En este contexto, es esencial conocer los movimientos evolutivos en tanto metas a las que se apuntan a lo largo de las etapas evolutivas en términos de desarrollo psicológico y que implica niveles de desenvolvimiento de mecanismos psíquicos más complejos que favorecen finalmente a la adaptación y que debe ser oportunamente trabajado en la terapia cuando exista estancamientos o fijaciones en etapas previas. Estos movimientos, son los siguientes (Sepúlveda y Capella, 2010. p.2):

- Desde el egocentrismo al descentramiento del sí mismo.
- Desde la visión subjetiva a la construcción de una realidad objetivadora.
- Desde lo concreto hacia la abstracción.
- Desde la rigidez hacia la flexibilidad cognitiva.
- Diferenciación en integración de sí mismo.
- Desde el descontrol hacia el control de emociones e impulsos.

- Desde la dependencia a la autonomía: cooperación y reciprocidad en las relaciones interpersonales, respeto y responsabilidad social.

Sepúlveda (2013) propone la integración por un lado el esquema básico piagetiano y la organización clásica de Remplein (1974, citado en Sepúlveda, 2013) agrupando las funciones psicológicas en funciones de orientación o cognitivas que incluyen las funciones de percepción, representación, memoria, fantasía, pensamiento y lenguaje y las funciones afectivo-sociales y morales, que incluyen los impulsos, la voluntad, los sentimientos y emociones. Además de incluir la capacidad de toma de perspectiva, relaciones interpersonales, el conocer normas y reglas sociales, sistemas de creencias y el jerarquizar los conceptos de respeto, responsabilidad y justicia. Funciones que se integran entre sí formando una conexión de tipo estructural, en el concepto de sí mismo, la identidad personal y la organización de personalidad.

Desarrollo cognitivo	Desarrollo afectivo	Desarrollo social	Desarrollo moral
Percepción de la realidad: visión de mundo, visión de sí y visión del futuro. Comprensión, Pensamiento, Conceptualización, memoria. Iniciativa Forma de resolución y enfrentamiento de problemas en forma reflexiva o impulsiva.	Identificación y diferenciación de emociones. Necesidades, intereses, motivaciones. Empatía y culpa. Expresión de emociones (Rabia, pena, temor, alegría, tristeza, ansiedad). Control de impulsos: autocontrol. Capacidad de inhibir conductas, capacidad de tolerar frustraciones y límites impuestos por el ambiente.	Toma de perspectiva: Punto de vista del otro. Relaciones interpersonales. Comunicación: escuchar, responder.	Conocer normas y reglas sociales. Clarificar y jerarquizar conceptos de respeto, responsabilidad y justicia. Sistema de creencias y valores personales.
Identidad personal Organización de personalidad			

La misma autora propone que el desarrollo cognitivo y el afectivo-social y su funcionamiento, no son campos diferentes sino paralelos y representan diferentes perspectivas y contextos al definir el cambio estructural. Las funciones psicológicas se integran entre sí formando una conexión de tipo estructural, inseparable, siendo la separación presentada, solo por referencia conceptual. Siguiendo esta idea la autora presenta algunas de las variables o funciones del desarrollo psicológico, de acuerdo a un esquema de funciones psicológicas (Sepúlveda y Capella, 2010. p.3).

3.1.2. Desarrollo socioafectivo

Esta área evolutiva implica una serie de elementos que guardan relación a la manera en la que el sujeto se desenvuelve a nivel socioemocional dentro de un contexto social compartido. Se centra, entre otros aspectos, en el logro de la regulación de vivencias afectivas que favorecen la identificación, diferenciación y expresión de emociones y sentimientos, así como a la capacidad de controlar impulsos (Sepúlveda & Capella, 2002).

El logro de la capacidad de considerar el punto de vista del otro, es uno de los elementos cruciales del desarrollo en esta área, en tanto constituye un aspecto fundamental que favorece la noción de cooperación, ello en la medida que se comprende que los otros pueden tener pensamientos y perspectivas diferentes (Piaget, 1969), esto es especialmente evidente en los juegos de reglas típicos de la edad escolar, los cuales cumplen un rol importante como reflejo del funcionamiento de la sociedad, en tanto poseen reglas fijas que deben ser acatadas para el logro de la aceptación social (Sepúlveda & Capella, 2002).

La regulación emocional, por su parte, constituye un aspecto importante del proceso de socialización ya que como plantean Sotham-Gerow y Kendall (2002 citados en Sepúlveda & Capella, 2010), el respeto por el mundo social implica el control de las expresiones afectivas, las que son reguladas por el contexto en cuanto a la intensidad y la duración en que éstas se manifiestan. En este sentido, el desarrollo del concepto personal juega un rol de importancia en el logro del autocontrol, aspecto que se relaciona a la capacidad de postergar gratificaciones inmediatas optando por gratificaciones sustitutivas o medios alternativos para alcanzar una meta. Esto es posible en la medida que el niño/a construye una autoimagen concordante con los patrones sociales, desarrollándose con ello valores como la honestidad, la veracidad, el respeto de los derechos y propiedad de otros, y la obediencia a la autoridad (Sepúlveda & Capella, 2002).

Este control emocional implica el desarrollo de la empatía, el respeto por el otro y por la imagen personal, lo que solo es posible con el desarrollo de la toma de perspectiva social (Sepúlveda & Capella, 2002).

Hoffman (1975, 1983 y 1978, citado en Wenar, 1994) describe diferentes etapas de desarrollo de los sentimientos de consideración y respeto por los otros, específicamente la empatía, la cual guarda relación a la capacidad de las personas de poder compartir emociones experimentadas que derivan en actos de ayuda y compañerismo. Estas etapas son las siguientes:

- **Infancia temprana (lactancia):** En esta etapa se desarrolla una forma rudimentaria de empatía, en la que el infante puede confundir sus experiencias emocionales como el desagrado y el dolor con las de otros, esto debido a la constante estimulación que recibe desde ambiente en el que se encuentran presentes claves de dolor o displacer asociadas a sus experiencias pasadas.

- **Después del primer año:** El sujeto ya es capaz de distinguir a las personas como diferentes de él, de manera que puede entender que el dolor o el displacer de otro no le pertenece. El interés por su propio bienestar cede parcialmente por un interés por el otro, intentando aliviar a éste en su displacer, no obstante actuando desde de lo que para él significa ser consolado (Ej: Al ver a su madre triste un niño le ofrece su oso favorito).
- **A los dos años y medio:** El niño/a ya comprende su diferenciación del otro por lo que ahora es capaz de comprender su estado emocional y darle algo que podría ayudarlo, por ejemplo, un abrazo a su madre triste.
- **Segunda infancia o edad escolar:** El niño/a ya comprende que los sentimientos ajenos dependen de experiencias diferentes y de situaciones generales por lo que puede comprometerse en tareas de ayuda con grupos sociales.
- **Al final de la segunda infancia:** El sujeto logra empatizar al nivel que las inferencias que realiza de las reacciones emocionales del otro se basa en su experiencia y no en la propia, surgiendo aquí la conducta altruista genuina sin expectativas de recompensa inmediata. Esto guarda relación a la capacidad de toma de perspectiva social, en la que se coordina el punto de vista del otro con el propio.

En relación a esto último, Selman (1976, citado en Kohlberg, 1992) describe cuatro niveles o etapas de toma de perspectiva con lo cual se logra paulatinamente una mayor coordinación de los puntos de vista que propician las relaciones de cooperación y comunicación efectiva con otros.

- **Nivel 0. Toma de perspectiva egocéntrica (3-6 años):** El sujeto confunde su propia perspectiva con la de otros. No se comprende que las demás personas puedan tener pensamientos diferentes e independientes a las de él.
- **Nivel 1. Toma de perspectiva subjetiva (6-8 años):** El sujeto comprende que existan diferentes posturas, sin embargo siente que la de él es la más válida, por lo que su posición prima en determinado conflicto.
- **Nivel 2. Toma de perspectiva autorreflexiva (8-10 años):** El sujeto comprende lo que él piensa y el pensamiento del otro, pero aún no logra coordinarlo, existen dos perspectivas sucesivas. Es una perspectiva individualista que se centra en acciones concretas.
- **Nivel 3. Toma de perspectiva mutua (10-12 años):** El niño puede coordinar simultáneamente dos posicionamientos logrando formular una idea que contenga ambas partes.

- **Nivel 4. Toma de perspectiva social simbólica (12-15 años):** Los adolescentes logran coordinar no solo sus puntos de vista, sino que incorporan en la toma de decisiones normas y valores morales.

Otro aspecto a ser descrito y que se constituye como central para comprender el desarrollo social y afectivo son las etapas de resolución de conflictos. En este trabajo se harán menciones de aquellas postuladas por Selman y Schultz (1988 citados en Wenar, 1994) quienes siguiendo la tradición piagetiana y de Kohlberg describen cuatro etapas:

- **Etapa 0. Impulsiva:** Las estrategias no son reflexivas, se basan en peleas y huidas sin muestra de toma de perspectiva. En la acción esta etapa toma forma de agresiones físicas y huidas.
- **Etapa 1. Unilateral:** Las estrategias muestran consideración por la perspectiva del otro y de un reconocimiento del conflicto existente, pero éstas se basan en las necesidades y deseos del niño/a o en acomodaciones al más poderoso o fuerte. En la acción esto se refleja por mandar asertivamente o la obediencia sumisa.
- **Etapa 2. Autorreflexiva y recíproca:** Las estrategias se fundamentan en intercambios mutuos con consideración de la perspectiva del otro, pero siempre salvaguardando los intereses del niño/a. Esta etapa se evidencia en acciones persuasivas y deferentes.
- **Etapa 3. Colaborativa:** El niño/a o adolescente considera la situación objetivamente coordinando el punto de vista del otro con el suyo con el fin de mantener la continuidad de la relación. Esto se manifiesta en la acción a través de la conducta cooperativa.

3.1.3. Desarrollo moral

Sepúlveda (2013) siguiendo los planteamientos de Piaget afirma que la personalidad se constituiría en la interacción social, por un lado, mediante un proceso de descentración de sí mismo, incorporándolo como un elemento constitutivo de su organización personal y por otro, por la incorporación de las relaciones de cooperación social. Esto se constituiría como un elemento central para el desarrollo humano y la supervivencia de la especie. La personalidad, por consiguiente, implica el descentramiento del yo que se integra en un programa de cooperación y se subordina a disciplinas autónomas y libremente construidas. En este sentido, se va estructurando la personalidad, a través de la capacidad del hombre de actuar por deber y como miembro de un grupo social.

Esto implica, según Piaget, la superación del egocentrismo iniciando en la infancia y completándose en la adolescencia con la organización autónoma de las reglas, de los valores y la afirmación de la voluntad como regulación y jerarquización moral de las tendencias

individuales (Piaget, 1983 citado en Sepúlveda, 2013). De acuerdo con esto, este autor describe dos etapas en el desarrollo moral:

- **Moral heterónoma:** Es impuesta desde el exterior, como un sistema de reglas obligatorias. Tiene carácter coercitivo y es la fuente del deber. Se basa en el principio de autoridad, el respeto unilateral y las relaciones de presión. La noción de justicia se basa primero en la obediencia a la autoridad y la evitación del castigo.
- **Moral autónoma:** Surge del propio individuo como un conjunto de principios de justicia. Se basa en el principio de igualdad, el respeto mutuo y las relaciones de cooperación, constituye una forma de equilibrio límite en las relaciones sociales siendo el resultado de una decisión libre y racional.

Kohlberg (1981) enfatiza el desarrollo moral como parte esencial del ámbito social, siendo fundamental en el desarrollo social la construcción del concepto del yo en su relación con conceptos de otras personas dentro de un mundo social común, ello implica la toma de conciencia de que el otro es como el ego, y que el otro conoce y/o responde al ego desde un sistema de expectativas complementarias. Para este autor existiría una función de juicio moral presente desde los cuatro o cinco años de edad hacia adelante.

Este autor plantea que una persona autónoma se caracteriza por la capacidad para hacer juicios morales y para formular sus propios principios morales, sin adherirse a los juicios morales de los adultos, donde las reglas o principios o valores, son autónomos cuando tienen valor y se pueden aplicar más allá de la autoridad de los grupos o personas que los sustentan, basándose en los principios de igualdad y reciprocidad. A partir de esto, los criterios evolutivos de desarrollo moral que propone Kohlberg (1981) son los siguientes:

- **Nivel preconvencional:** El bien se basa en la obediencia literal a reglas u órdenes concretas, el no cumplimiento de ellas suponen presión o castigos, aquí las reglas no se comprenden como expectativas de la sociedad. Las razones para seguir reglas son el propio interés, la evitación del castigo, la deferencia con el poder, evitar daño físico a las demás personas, y el intercambio de favores.
- **Nivel convencional:** El bien se define en torno a la conformidad y el mantenimiento de las reglas, papeles y expectativas de la sociedad o de grupos pequeños. El conformarse a mantener reglas y roles se relaciona a una motivación interna. Las razones para seguir las reglas son la aprobación y la opinión social general, la lealtad a las personas y a los grupos, y el bienestar de los individuos y de la sociedad.
- **Nivel post-convencional:** El bien se fundamenta sobre los derechos humanos universales, valores o principios que la sociedad y el individuo deben mantener. Aquí se considera que cuando la ley protege los derechos humanos existe el deber moral de cumplirla. Las razones para seguir las reglas son: el contrato social, o compromiso general que se tiene por el hecho de vivir en sociedad, y de mantener y respetar los

derechos de los demás.

3.1.4. Organización de identidad

La construcción de la identidad personal implica no solo el trabajo de la persona de reconocerse y ser reconocida como un ser único y distinto, sino que involucra la integración con otros como parte de una comunidad, dicho de otro modo, la toma de conciencia de la realidad compartida con otros, de “estar inmersos en un nosotros que nos entrega la solidaridad humana” (Sepúlveda, 2013. p. 94), en conjunto con ello, el logro de la autonomía constituye una parte de la construcción de la identidad personal a través de la cual se alcanzaría el equilibrio en las relaciones sociales en cada etapa evolutiva, en este proceso, Piaget postula la autonomía como el equilibrio esencial en la construcción de la personalidad (Sepúlveda, 2013).

Sepúlveda (2001a; 2006; 2008 en Sepúlveda, 2013) con base en reflexiones derivadas del planteamiento de diversos autores como Ricoeur, Piaget, Arendt, Apel, Habermas, entre otros, ha caracterizado la organización de identidad en tres procesos, cuya fundamentación parte de la premisa de que las metas del desarrollo humano apuntan justamente a la construcción de la identidad personal autónoma y solidaria:

- **La unidad del sí mismo:** A través de la pregunta “¿quién soy?” el sí mismo se reconoce como ser único y diferente a través de un proceso de diferenciación psicológica, física y sexual, así como también de las características personales de valores e ideologías, esto a la vez que reconoce las limitaciones inherentemente humanas. Este trabajo de diferenciación involucra a su vez el reconocimiento del otro como semejante respecto a su dignidad y libertad. Implica la estima y respeto de sí, con la conciencia de las consecuencias de sus acciones para la propia persona y los demás, esto guarda relación con el descentramiento del sí mismo mediante el reconocimiento de la reciprocidad en las relaciones y la libertad del sí mismo y del otro, procesos que desembocan en la cooperación social.
- **La integración del sí mismo:** Involucra una tarea de acomodación de todas las experiencias dadas a lo largo de la vida, guarda relación a la integración pasado, presente, futuro; la integración familiar, educacional y social que otorga un sentido de continuidad del sí mismo. Se aceptan las contradicciones presentes en las experiencias, que se integran y organizan de manera significativa. Se requiere saber integrar los roles de pertenencia desde una perspectiva histórica, a la vez que se inicia una búsqueda creativa, de lo nuevo y lo diverso, lo que mediante la acción dará sentido en el tiempo a la unidad del sí mismo.
- **La integración con otros:** Guarda relación a la búsqueda de alternativas de acción y de reconocimiento desde otros por medio de la incorporación a grupos de reflexión y de acción en diversos ámbitos: familiar, educacional, religioso, deportivo, artístico, político, etc. Integrarse a grupos entrega las posibilidades de actuar sobre el mundo,

de poner la identidad en servicio de otros, esto implica un criterio de realidad, de acomodación a la realidad de los deseos según sus posibilidades de realización. Durante este proceso, la persona se hace consciente de las limitaciones propias de su existencia humana, y de la demanda externa de responsabilidad e igualdad sobre sus acciones a medida que enfrenta normas y valores que son propios de vivir en comunidad.

3.1.5. Organización de personalidad

De acuerdo con Sepúlveda (2013) los diferentes aspectos evolutivos y psicopatológicos en los diversos cuadros clínicos se pueden observar variadas formas de organización de personalidad lo que conforme a la teoría piagetiana estarían organizadas dentro de un continuo que va desde lo normal, como una organización en equilibrio estable, hasta la psicopatología como una organización en desequilibrio duradero que se refleja en qué grado la persona logra la adaptación al medio.

Para la autora, esto queda establecido en las diferentes clasificaciones psiquiátricas que se expresa en diversas estructuras de personalidad: neurótica, limítrofe y psicótica. Considerando estos aspectos, las estructuras de personalidad pueden ser designadas de acuerdo a los criterios psicopatológicos piagetianos, es decir, según la rigidez o flexibilidad de los procesos de asimilación y acomodación que derivan a la adaptación y equilibrio, y la diferenciación e integración de los diferentes esquemas, con diferentes formas de significar la realidad según las distintas operaciones mentales propias de cada etapa evolutiva.

Organización de la personalidad según criterio psicopatológico piagetiano (Sepúlveda, 2013. p. 184):

Normal	Neurótica	Limítrofe	Psicótica
Equilibrio Estable	Problemas de equilibrio	Equilibrio fluctuante	Desequilibrio
Flexible	Menos flexible	Mayor rigidez	Rígida
Diferenciada	Poco diferenciada	No diferenciada	Indiferenciada
Integrada	Poco diferenciada	No diferenciada	Indiferenciada
Criterio de realidad adecuado	Confusión, ambivalencia	Alteración del criterio de realidad	Trastorno del criterio de realidad

Como ya se ha dicho, el desarrollo guardaría relación con equilibrios entre procesos de asimilación/acomodación y estructuras variables según estadios evolutivos vinculados a diferentes organizaciones que poseen cierta coherencia con formas de ver el mundo e interpretar la realidad. En este sentido, la desorganización de la estructuración del desarrollo conlleva a un exceso de asimilación o de acomodación que distorsiona la realidad (Sepúlveda, 2013).

Este planteamiento establece también que la personalidad se iría construyendo en la interacción social, a través de un proceso de descentración de sí mismo e incorporación de las relaciones de cooperación social como un elemento central para el desarrollo humano y la supervivencia de la especie. El ser humano se incorpora como miembro de un grupo social, desde temprana edad sometiendo sus deseos egocéntricos conscientes o inconscientes, para lograr una relación de cooperación con otros.

3.2. Psicopatología evolutiva

Si bien el desequilibrio se considera vital para la construcción de nuevas estructuras y para el avance a estadios de desarrollo más complejos, un desbalance excesivo podría dar lugar a detenciones en el proceso de desarrollo derivando a una psicopatología. Piaget dedicó sus investigaciones al desarrollo psicológico normal, no obstante, su teoría aporta de igual modo a la comprensión del desarrollo que se desvía de su curso normal (Rychlak, 1988).

La psicopatología desde esta perspectiva se entiende como un desvío del curso considerado normal del desarrollo (Wenar, 1994), lo que estaría relacionado al no lograrse el equilibrio en la interacción con el medio y al alcance de las principales metas evolutivas correspondiente a la etapa evolutiva en la que se encuentre la persona. Así, siguiendo los planteamientos evolutivos, es necesario comprender los patrones individuales de adaptación respecto a los elementos centrales de un período específico del desarrollo y la relación de ello con la adaptación y los cambios ambientales (Sroufe & Rutter, 1984 citados en Sepúlveda y Capella, 2010).

Dicho de otra manera, la psicopatología evolutiva se explicaría como la desequilibración permanente de estos procesos centrales del desarrollo psicológico, referidos a un patrón duradero (aprendido) de conducta que no logra satisfacer exitosamente las necesidades mediante las reacciones circulares de acomodación y asimilación. El proceso adaptativo de asimilación y acomodación se presenta como la estructura dinámica del sistema, por lo que un desbalance de estas funciones, reflejado en una predominancia de la asimilación, puede llevar al incremento de la fantasía, egocentrismo y autismo, y por otro lado, una excesiva adaptación llevará a labilidad emocional, con una personalidad variante, que intentará conformarse con algo externo a ella (Rychlak, 1988).

Gran parte de las alteraciones comienza como problemas esperables del desarrollo, pero se desvían de su curso por su persistencia en el tiempo, se incrementan o evolucionan a un trastorno, por lo que un elemento central para estimar si las conductas observadas siguen un curso normal o patológico es el enfoque de desarrollo, observando el nivel cognitivo esperable para la etapa evolutiva, así como el estadio de desarrollo emocional (Ronen, 2003).

La psicopatología se daría “en el caso de que los estímulos externos sean muy perturbadores, en el sentido de contradictorios o conflictivos con los esquemas cognitivos y

afectivos previos, por lo cual estos no podrían incorporarse al sistema de conocimientos, o bien estos esquemas previos tienen lagunas de conocimientos que no permiten la comprensión de estos estímulos externos, y no logran la satisfacción de las necesidades básicas de la persona” (Sepúlveda, 2013. p.170).

El comportamiento adaptativo logra un equilibrio duradero a través de las acciones, al construirse un patrón que responde exitosamente a las necesidades de sí mismo y del ambiente físico y social (Sepúlveda y Capella, 2010). Rosen (1985, citado en González, 2011) resume los principales factores que describen la psicopatología del desarrollo desde la perspectiva piagetiana. Este autor plantea que los principales elementos a evaluar para la presencia de psicopatología son:

- **Asimilación-acomodación:** La adaptación implica un apropiado balance en estos dos movimientos que están mediados por procesos de autorregulación, cuyo fallo puede resultar en una conducta disfuncional.
- **Egocentrismo-descentración:** Las fallas en el desarrollo para diferenciar apropiadamente entre sujeto y objeto impide una comprensión adecuada de la realidad para la persona impidiendo relaciones interpersonales maduras.
- **Fijación en el desarrollo:** Algunas manifestaciones psicopatológicas pueden estar vinculadas a temas que no han progresado normalmente a través de los estadios de edad apropiados y periodos del desarrollo cognitivo.
- **Características preoperacionales:** Una gran cantidad de pensamiento no realista y mágico del pensamiento no representa más que una gran adherencia a aspectos preoperacionales de pensamiento como: animismo, realismo y artificialismo.

Otro aspecto a considerar es el criterio de realidad, ya que, según Piaget, el objetivo de la evolución consiste en adaptar activamente la persona tanto a su ambiente físico como social, por lo que si el niño/a no logra adaptarse a las realidades de la existencia al no poder integrar aspectos de ella, el ajuste social se podría ver afectado en estadios posteriores del desarrollo. Esto puede verse en el caso de que el niño/a se retenga en la egocentricidad y continúe pensando la realidad en términos sincréticos y otras formas pre lógicas, como por ejemplo, la carencia de reversibilidad del pensamiento (Rychlak, 1988).

Rosen (1985, citado en González, 2011) señala que estos criterios se encuentran estrechamente interrelacionados sin ser excluyentes por lo que el mismo fenómeno podría ser examinado a través del prisma de cualquiera de estos puntos. Sepúlveda (2013) describe, en relación a estos criterios, tres estados de desequilibrio y psicopatología según su génesis, duración e intensidad que refleja grados de desajuste internos y externos que al mismo tiempo expresa dificultades de adaptación y sintomatología:

- **Variaciones normales del desarrollo:** Se observa alguna conducta no adaptativa, pero dentro de lo esperado según nivel de desarrollo, la psicopatología, más bien, resulta de su permanencia en el tiempo.
- **Cuadros reactivos:** Gatillados producto de un desequilibrio derivado de alguna situación ambiental estresante y que supera la capacidad de afrontamiento del niño/a ante ella.
- **Trastorno:** Implica un desequilibrio duradero, éste puede abarcar diferentes áreas del desarrollo o la globalidad del mismo.

La reequilibración requiere de la ampliación de los esquemas e incorpora nuevos campos de conocimiento, y diferenciaciones mediante una comprensión cada vez más abarcadora del fenómeno que produjo la contradicción. La psicoterapia, por consiguiente, se constituirá como un proceso que apunta al desarrollo de estructuras cognitivas y afectivas, hacia una equilibración estable y duradera a través de reconstrucciones y reorganizaciones progresivas de los sistemas de conocimiento (Sepúlveda, 2013).

Capítulo 4

Trastornos del espectro autista: Desarrollo y psicopatología

Como ya se ha mencionado, el proceso de equilibración surge de perturbaciones que pueden promover procesos de desarrollo y transformación, sin embargo existen desequilibrios durables que constituyen estados patológicos orgánicos o mentales (Piaget, 1983 citado en Sepúlveda, 2013). Esto es especialmente evidente en los trastornos del espectro autista, en el cual el desarrollo cursa con alteraciones globales en sus distintas áreas funcionales (cognitiva, emocional, social y moral) que se refleja al mismo tiempo en las dificultades de lograr los movimientos evolutivos propios de cada etapa, así como en la organización de la identidad y de la personalidad.

A razón de esto, en el siguiente capítulo, la autora de este trabajo se abocará a realizar un análisis genérico e integrado del desarrollo y la psicopatología vinculando aspectos del cuadro clínico con conceptos teóricos del modelo constructivista evolutivo.

4.1. Desarrollo cognitivo

Un aspecto que caracterizaría a estos niños/as es la extrema rigidez de esquemas cognitivos, en el que se observa notables alteraciones en el doble proceso de asimilación-acomodación, que no permiten ampliar ni flexibilizar los esquemas (Sepúlveda, 2013). Ej. Un niño/a con un trastorno del espectro autista severo puede asociar una hora del día al hábito de vestirse asistido por su madre, si bien presenta resistencia, logra finalizar con éxito la tarea, no obstante, incorporar este hábito organizándolo dentro de la rutina de actividades de la vida diaria, realizándola de manera autónoma e independiente, y aún más, comprendiendo su importancia puede ser un aspecto que difícilmente será posible de lograr.

Esta alteración puede tener repercusiones en la capacidad de construir nuevos esquemas y organizar los previamente existentes en torno a nuevas informaciones. Estas limitaciones se reflejan en la práctica en otras áreas de desarrollo, representadas en las dificultades de integración de nuevas formas de significar las experiencias, de predecir y comprender el entorno físico y social con sus cambios, así como dificultades en desarrollar estrategias interpersonales adaptativas de resolución de conflictos, de exploración del medio y las consecuentes posibilidades de ampliar su repertorio conductual como respuesta a sus demandas, asimismo, puede limitar la descubierta y exploración de nuevos intereses. Esto podría estar igualmente a la base de la inflexibilidad en las conductas, así como de la baja tolerancia a la frustración con dificultades en postergar gratificación o de búsquedas de medios alternativos en el alcance de algún objetivo. Alteraciones que tienen impacto simultáneo a nivel de otras áreas del desarrollo.

En niños/as con trastorno del espectro autista se manifiestan alteraciones de la función semiótica, es decir, dificultades en la capacidad de representación de objetos mediante un significante diferenciado- palabra o imagen- y la posterior evocación representativa de los mismos (Bendersky, 2004). Este es un aspecto que puede adoptar la forma de trastornos gnósticos, prácticos y del lenguaje, lo que a su vez mantienen también una relación muy compleja con los retrasos y las perturbaciones del razonamiento (Gibello citado en Misés, 1990), esto podría explicar los retrasos en el desarrollo de un pensamiento lógico con predominio de un tipo de pensamiento sensoriomotor, o de lo contrario, incursionan a tipo de pensamiento lógico muy rudimentario y concreto.

En este sentido, si se adhiere a la clasificación de los niños/as autista como psicóticos, Pombo (2005) al respecto plantea que la característica más común de estos niños/as, es que permanecen anclados rígida y anacrónicamente en un estadio afectivo e intelectual que Piaget denominaba mágicoanimista o intuitivo-simbólico en el que el pensamiento y el razonamiento se rigen por mecanismos prelógicos. Son niños/as que no distinguen entre su realidad interna (sus fantasmas y sus fantasías) y el mundo externo, de manera que vivencian sus miedos como realidades inmediatas, masivas y oceánicas.

La ausencia de juego realista espontáneo, variado, o imitativo social también es constitutivo de este trastorno (American Psychiatric Association, 2013) aquí el juego se torna una serie de actividades primarias sin sentido, reiterativas y no funcionales (Cuxart, 2000). En casos más severos existe alteraciones de la función semiótica por lo que el juego simbólico puede encontrarse ausente, por lo tanto las formas de representación internas también, el pensamiento se encuentra sujeto a acciones externas sin interiorizarse, lo que mostraría un estancamiento en estadios muy primarios del desarrollo, dado ello y la mencionada extrema rigidez cognitiva, la capacidad imaginativa puede verse a consecuencia de ello muy restringida. Los niños/as con esta condición no llegan a desarrollar el juego como meta-realidad o lo hacen con extrema dificultad (Peeters, 1997).

Algunas conductas llamativas que pueden observarse en niños/as con esta condición es su pobre repertorio conductual en el juego (más bien alinean y ordenan de manera obsesiva sus juguetes, los muerden o los azota contra el suelo), donde el animismo como función simbólica en la interacción entre personajes del juego puede estar ausente.

Como consecuencia de la rigidez cognitiva que acompaña el trastorno las necesidades e intereses son restringidos, repetitivos y estereotipados y no se presta atención a nada que esté fuera de ellos (American Psychiatric Association, 2013), al igual que las adhesiones aparentemente inflexibles a rutinas o rituales específicos no funcionales con preocupaciones insistentes por parte de objetos (American Psychiatric Association, 2002).

Un aspecto no menor y característico de este cuadro son las alteraciones a nivel de la detección sensorial. En particular individuos con esta condición presentarían trastornos en la modulación sensorial que conllevarían a la baja o sobre responsividad a estímulos sensoriales de su entorno (Irrarázaval, Brokering & Murillo, 2005) tanto auditivos, visuales, táctiles y olfativos, distorsiones que se asocian a la propiocepción, estimulación kinésica, como las

sensaciones de sinestesia, dificultades en el procesamiento de información de más de una modalidad y en la identificación de la modalidad asociada a un input sensorial (Uribe, 2010). Pueden mostrar una sordera paradójica por la que no responde cuando se lo llama ni cuando se le dan órdenes y, en cambio, puede reaccionar a otros estímulos auditivos (Martos, 2006)

La integración sensorial es requerida para la comunicación, simbolización, para el establecimiento de relaciones interpersonales, para la adaptación al ambiente, entre otros y constituye un pilar de base para el desarrollo y los procesos implícitos en él, desde la maduración neuromotriz hasta la adquisición del pensamiento abstracto y simbólico, sin embargo, constituye una dificultad de base en la mayoría de los niños/as con trastornos del espectro autista (Maciques, 2013).

4.2. Desarrollo social y afectivo

En el ámbito de las relaciones interpersonales destaca en este trastorno severas manifestaciones de alteraciones cualitativas en la interacción social caracterizadas por carencias de contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social (American Psychiatric Association, 2002). Esto puede tener relación a la, antes referida, rigidez de esquemas cognitivos que se traduce finalmente en problemas de cognición social y de integración al grupo (Sepúlveda, 2013) con la existencia de una marcada falta de reciprocidad social y emocional (American Psychiatric Association, 2002).

El niño/a con esta condición se caracteriza por su aislamiento y/o pasividad social, con ausencia de iniciativa para compartir intereses con otras personas, prefiriendo dirigir su atención hacia objetos. No obstante, si surge el interés por la interacción con los demás la interacción es más bien desadaptada: se manifiestan dificultades en la capacidad empática e incomprensión de reglas sociales y del comportamiento que de ellos se espera (Martos, Freire, González, Llorente & Ayuda, 2013).

La dificultad en la toma de perspectiva social, por tanto, también constituye un aspecto propio de esta condición y refleja limitaciones en la capacidad de hacer inferencias acerca de la acción de distintas personas reconociendo las diferencias de perspectiva interindividual y entre lo que ven, creen y saben lo que es un aspecto distintivo de los trastornos del espectro autista (Frye, Zelazo & Palfai, 1995 citados en Pérez & Pérez, 2012). La toma de perspectiva, por lo tanto, es más bien egocéntrica, nivel 0 según Selman (1976, citado en Kohlberg, 1992), donde el niño/a confunde su propia perspectiva con la del otro, no existe la comprensión de que la otra persona pueda pensar y percibir de manera diferente a la suya (Selman, 1980; Selman & Schultz, 1990 citado en Sepúlveda, 2013).

Por otro, lado en lo que respecta a la forma de resolución y enfrentamiento de problemas, esta es más bien impulsiva, encontrándose en la etapa 0 según los niveles descritos por Selman & Schultz (1988, citados en Wenar, 1994), con estrategias irreflexivas, sin evidencia de toma de perspectiva lo que puede traducirse en conductas de agresión física y evitación.

El ámbito del lenguaje y la comunicación constituye un aspecto esencial del desarrollo social, y en el caso del niño/a con trastorno del espectro autista es el área que ha recibido mayor atención, esto dada su clara manifestación en etapas tempranas y por reflejarse en problemas en la recepción, expresión del lenguaje y el discurso (Uribe, 2010), quienes además pueden presentar severos retrasos en el desarrollo del lenguaje, presentando dificultades sobre todo en el de tipo receptivo y expresivo (Narto & Volkmar, 1988; Iverson & Wozniak, 2007 citados en Calderón, Congote, Richard, Sierra & Velez, 2012). Dichas dificultades pueden relacionarse al nivel cognitivo y retrasar el desarrollo de otras áreas (Lord & Pickles, 1996 citados en Uribe, 2010). El lenguaje, por lo tanto, condiciona en gran parte el desempeño del niño/a, y constituye un factor determinante para manifestar sus necesidades y alcanzar la autonomía, además, el retraso en el desarrollo de éste puede afectar su capacidad de comunicar lo que requiere en determinado momento (Irrarázaval, Brokering & Murillo, 2005).

Se observa que el lenguaje receptivo suele estar más afectado que el expresivo, lo que se refleja en conductas de indiferencia ante las señales verbales de los otros (Uribe, 2010), esto podría explicar en parte las manifestaciones de desinterés y conductas de aislamiento en relación a otras personas. Por su parte, el lenguaje expresivo se observa desde temprana edad con patrones de balbuceo y vocalizaciones con un tono inusual acompañado de chillidos, gemidos, canturreos, susurros, ecolalias y de inversiones pronominales (Prizant, s.f. citado en Wetherby et cols., 1997 citado en Uribe, 2010).

Se pueden observar en varios casos limitaciones en la ejecución de las conductas de comunicación empleadas en la comunicación social, que pueden ir desde un tipo de comunicación verbal y no verbal poco integrada, hasta la inexistencia de expresiones o gestos faciales (American Psychiatric Association, 2013), las conversaciones de estos niños/as tienden a no ser fluidas ni coherente, no se relaciona con temas de interés y su discurso es más bien un monólogo que una comunicación socialmente guiada (Steyn & Couteur, 2003). Abundan temas repetitivos, con inversión pronominal, y dificultades en el contacto ocular (Martos, Freire, González, Llorente & Ayuda, 2013). El mantenimiento del contacto visual es a menudo limitado y los movimientos del cuerpo se aprecian incómodos y torpes. La capacidad de integrar el movimiento, la cognición, la emoción y la sensación parece estar desconectada (Koning y Magill-Evans, 2001; Berney, 2004; Tantam y Girgis, 2009 citados en Gutman, Raphael, Ceder, Khan, Timp & Salvant, 2010).

A pesar de todo lo anterior, no significa que el niño/a no se comunique, sino que lo hace sin objetivos sociales, más bien se comunica principalmente para regular el comportamiento de los demás desarrollando para ello comportamientos idiosincráticos y socialmente indeseados, tales como pataletas y conductas auto y heteroagresivas (Lampreia, 2007). Los déficits en la denominada "atención compartida" -ausencia de protodeclarativos principalmente- pueden ser comprendidos como parte de un perjuicio a nivel de orientación fundamental y puede privar al niño/a de experiencias sociales críticas distorsionando el desarrollo simbólico típico (Dawson & Lewy, 1989; Hobson, 2002; Mundy & Stella, 2000 citados en Lampreia, 2007)

Las dificultades en el desarrollo y mantenimiento de relaciones, así como de las habilidades comunicacionales relacionadas al desarrollo del lenguaje pueden reflejarse también en el comportamiento en el juego, lo que queda en evidencia en las conductas de juego solitarias y estereotipadas, aspecto que podría guardar relación a la no comprensión de las reglas que éstos poseen, ya que por más sencillo que sean no todas sus normas se hayan explícitas y muchas requieren ser deducidas, demandando para ello cierta capacidad de abstracción analítica (Peeters, 1997).

Por otro lado, es importante mencionar que a lo largo del desarrollo de niños/as con trastorno del espectro autista ciertas conductas desadaptativas que evidencian desequilibrios durante el desarrollo afectivo muestran un patrón regular de aparición, entre las que se encuentran la falta de control o disregulación emocional con alteraciones en la expresión emocional que suele ser exacerbadas y algunas veces descontextualizadas, esto traducido en intolerancia a la frustración, rabietas, llantos sin causa aparente, gritos y destructividad de objetos. Estas conductas pueden afectar los procesos de socialización debido a que la falta de capacidad de control de las expresiones afectivas trasgrede el respeto por el mundo social (Sotham-Gerow & Kendall, 2002 en Sepúlveda & Capella, 2010).

Además pueden manifestarse episodios marcados de descontrol de impulsos que se observan en conductas agresivas mayormente de carácter autolesivas, estas conductas podrían igualmente tener relación a variables relativas a la propioceptividad, que cumplirían funciones autoestimuladoras y paliadoras de la ansiedad (Cuxart, 2000). En estos niños/as puede ser frecuente los trastornos del ánimo y las crisis de agitación (Paula & Martos, 2009), además de apariciones habituales de síntomas depresivos como la labilidad emocional, puede existir la posibilidad de aparición de síntomas somáticos como el insomnio, trastornos alimentarios, entre otros (Rivière, 1997).

Según Sepúlveda (2012), el área afectiva o emocional involucra el reconocimiento de un otro, en tanto compartir emociones y sentimientos, además guarda relación con el grado en que el sujeto es capaz de reconocer y diferenciar los esquemas afectivos, cuyo rol es movilizar y regular los esquemas cognitivos. No obstante, la integración de otros es una capacidad muy limitada en niños/as con trastorno del espectro autista, pues no se ha logrado el movimiento evolutivo hacia el descentramiento debido a sus esquemas cognitivos extremadamente rígidos.

Por otro lado, los niños/as con esta condición muestran dificultades en el reconocimiento de emociones de otros, en tanto no comprenden las claves no verbales del comportamiento, como expresiones faciales y posturas corporales (Martos, Freire, González, Llorente & Ayuda, 2013). Esto último podría explicar la dificultad en el desarrollo de la empatía, la culpa y el respeto como precepto moral, debido a la perspectiva e interpretación egocéntrica del mundo, con fallas en la integración de otros y, por lo tanto, también en la toma de perspectiva social y la aparición de los sentimientos interindividuales- afectos, simpatías y antipatías-en el sentido que plantea Piaget (1986).

4.3. Desarrollo moral

El desarrollo moral en el niño/a y el adolescente con trastorno del espectro autista, se encontraría severamente alterado, se aprecian dificultades para reconocer lo que pertenece a las leyes objetivas, de lo que está referido a sus condiciones subjetivas (Borja, 2007). Es por ello que se hace fundamental el proceso de descentramiento con el fin de que incorpore reglas y normas sociales. Sólo la superación del egocentrismo iniciando en la infancia y completándose en la adolescencia permite finalmente la organización autónoma de las reglas, de los valores y la afirmación de la voluntad como regulación y jerarquización moral de las tendencias individuales (Sepúlveda, 2013).

Siguiendo la lógica de Kohlberg (1981) la construcción del concepto del yo en su relación con conceptos de otras personas dentro de un mundo social común significa un importante desafío para el niño/a con trastorno del espectro autista, dado que se producen fallas en la toma de conciencia de que se encuentran situados en un contexto social basado en expectativas complementarias. Entonces, de momento que el niño/a no ha logrado el movimiento del egocentrismo al descentramiento, éste se verá atrapado en un mundo que exige reconocimiento y reciprocidad mutua que estarán representados en relaciones de cooperación y respeto entre los miembros de una sociedad que se encuentra inmersa en un sistema regido por principios consensuados que exige capacidad de autorregulación y reconocimientos de límites.

Por otro lado, tomando como matriz la teoría de Kohlberg (1981) sobre el desarrollo moral en término de etapas, el niño/a con este trastorno se encontraría en un estadio preconvencional donde lo fundamental es la obediencia a reglas u órdenes concretas, cuyo incumplimiento implica presión o castigos.

El niño/a o adolescente que presenta formas severas de este trastorno no integrará normas impuestas desde el exterior no reconociendo el principio de autoridad y el respeto unilateral, ya las reglas no las comprenden como expectativas de la sociedad dado que la perspectiva social es egocéntrica. El niño/a aquí no relaciona puntos de vista, ni considera la intencionalidad o los intereses psicológicos, se vivencian apartados y desvinculados al del resto, como si viviera solo, en este caso, como señala Borja (2007) un individuo dejado solo, permanece egocéntrico, de modo que comprende la realidad desde una perspectiva intelectual y afectiva personal, sin distinguir lo que pertenece a las cosas y a las otras personas.

4.4. Movimientos evolutivos

En términos de movimientos evolutivos que Sepúlveda (2013) plantea como metas a cumplirse en las diversas etapas evolutivas, en el caso de niños/as que presentan trastorno del espectro autista éstas se verían en gran parte limitadas, lo que pone en jaque la adaptación del niño/a obstaculizando el avance a estadios más complejos y avanzados de desarrollo en

forma transversal en todas las áreas con impacto en la maduración de las funciones psicológicas.

A continuación la autora de este trabajo hará mención a los movimientos evolutivos esperados a lo largo del desarrollo, analizando las características de cada uno de ellos en el contexto de los trastornos del espectro autista:

- **El movimiento desde el egocentrismo al descentramiento del sí mismo:** Uno de los aspectos más llamativos de los trastornos del espectro autista, es la extrema dificultad que poseen estos niños/as de integrar aspectos o elementos de su entorno extrapsíquico que faciliten nuevas formas de experimentar e interpretar su realidad, dificultades que de igual manera obstaculizan la incorporación de visiones y perspectivas del mundo que sean distintas a la de ellos mismos. Esto tiene consecuencias en las diversas áreas del desarrollo, con impactos importantes para alcanzar niveles de pensamiento más complejos, así como para ajustarse a grupos sociales y comprender la importancia de respetar y cumplir normas en pos de la convivencia y el bienestar interindividual.
- **Desde la visión subjetiva a la construcción de una realidad objetivadora:** Esta transición evolutiva mantiene directa relación con la anterior. Los niños/as con trastorno del espectro autista no logran realizar el paso de una visión global de la realidad a una percepción de tipo analítica, en el que los detalles se aprecien separados del todo (Sepúlveda y Capella, 2010). En este sentido, el funcionamiento del niño/a es rígido y en el proceso de asimilación/acomodación existen desequilibrios que hace que predomine la asimilación, esto dificulta la construcción de una realidad objetivadora, ya que en los esquemas del niño/a no se logran acomodar aspectos de la realidad externa. El pensamiento predominante es del tipo mágico, en el que no se integra la dicotomía realidad- fantasía, por lo que el uso de la reflexión lógica es precario. Esto finalmente suscita formas de pensamiento preoperacionales o sensoriomotoras, o en caso de existir lógica esta podría llegar a ser muy rudimentaria o restringida a aspectos específicos.
- **Desde lo concreto hacia la abstracción:** Este movimiento puede verse alterado al estarlo también la capacidad de análisis y reflexión, así como de contacto con el mundo de las ideas y lo no-inmediato. Para el niño/a con trastorno del espectro autista la noción de lo real está solo vinculado a lo concreto, donde la lógica a nivel abstracto propio del pensamiento hipotético deductivo no está presente, con la salvedad de casos con mejor desarrollo cognitivo.

El niño/a con esta condición se mueve en un mundo de significados restringidos, esto se evidencia, sobre todo, en las dificultades de comprensión de códigos, usos sociales, y elementos no verbales (expresiones faciales, gestos corporales, movimientos del cuerpo, mímicas y posturas) y paraverbales del lenguaje (tono, volumen, entonación

de la voz), así como metáforas, metonimias⁴, sarcasmos y chistes. Aspectos todos que trascienden lo concreto del mundo relacional.

- **Desde la rigidez hacia la flexibilidad cognitiva:** Este aspecto se refiere a la rigidez o flexibilidad de esquemas cognitivos, aspecto que posee directas implicancias en las formas de significar e interpretar la realidad. Esto está relacionado al proceso de asimilación/acomodación, aspecto que se encuentra alterado en el niño/a con trastorno del espectro autista, alteración que se traduce en desequilibrios constantes que no permiten la adaptación del niño/a a su medio de manera exitosa y que interfiere de modo general en el desarrollo, entorpeciendo de manera sustancial el logro de diversos hitos evolutivos esperables para cada edad.
- **Diferenciación e integración de sí mismo:** Esto guarda relación al logro del reconocimiento de sí como ser único, distinguiendo lo que lo diferencia de los otros, al mismo tiempo de cuán inserto se siente en el mundo y cuánto lo incorpora como parte de sí (Kegan, 1982 citado en Sepúlveda y Capella, 2010). Respecto a ello, el niño/a con trastorno del espectro autista puede presentar problemas importantes: el reconocer cualidades y características propias requiere de procesos de reflexión, es decir, un proceso de abstracción que trasciende lo concreto de la experiencia inmediata. Esto constituye un verdadero desafío, pues se precisa de complejas funciones analíticas y de introspección reflexiva con toma de conciencia de sí, al mismo tiempo que requiere la integración de otros para poder comprender, calificar, categorizar y valorar sus cualidades personales como particulares y distintivas en relación a las de los demás. Para los sujetos con trastorno del espectro autista, el logro de esta meta evolutiva puede suponer grandes conflictos, tanto por su tipo de pensamiento sensoriomotor o preoperacional, como por la dificultad de integrar a otros a sus estructuras egocentradas, sumado al desconocimiento de cuán inserto se reconoce en el mundo y cuán parte de sí mismo este lo integra.
- **Desde el descontrol hacia el control de emociones e impulsos:** El niño/a con trastorno del espectro autista manifiesta episodios de disregulación emocional constante, con fallas en el control de impulsos, intolerancia a la frustración y a los cambios, con expresión exacerbada y descontextualizada de emociones, incluyendo conductas autolesivas y también heteroagresivas. Esta característica es recurrente en los niños/as que portan esta condición y puede perdurar en edades más avanzadas.
- **Desde la dependencia a la autonomía:** La cooperación y reciprocidad en las relaciones interpersonales, tanto como el respeto y responsabilidad social son aspectos, que como se ha mencionado, están ausentes en el niño/a con trastorno del

⁴ Según el diccionario de la Real Academia Española (2001): F. Ret. Tropo que consiste en designar algo con el nombre de otra cosa tomando el efecto por la causa o viceversa, el autor por sus obras, el signo por la cosa significada, etc.; p. ej., las canas por la vejez; leer a Virgilio, por leer las obras de Virgilio; el laurel por la gloria, etc.

espectro autista. El niño/a o adolescente que presenta este trastorno difícilmente se regulará por medio de normas o modelos, tendrá dificultades para anticipar conductas y entender lo que se espera de él o ella. Esto refleja el precario control interno y estrategias de autorregulación para desenvolverse en el mundo. El no logro de la autonomía constituye una dificultad para la construcción de la identidad personal y suponen graves perjuicios en el ámbito de las relaciones sociales.

4.5. Organización de Identidad

Como se mencionó anteriormente, la construcción de la identidad consta de tres dimensiones y consiste en realizar un trabajo de reconocimiento propio como un ser único y distinto que involucra la integración con otros como parte de una comunidad. En este contexto, las metas del desarrollo humano apuntan finalmente a la construcción de una identidad personal autónoma y solidaria (Sepúlveda, 2013).

Debido a las particularidades del funcionamiento psicológico que presentan los niños/as con trastorno del espectro autista se podrían presentar dificultades generalizadas en sus distintos niveles:

A nivel de **unidad del sí mismo**, debido a fallas en el proceso de diferenciación en relación a otros, en el reconocimiento de cualidades personales y ausencia de valores e ideologías, con la no toma conciencia de las consecuencias de sus acciones para la propia persona y los demás. Estas dificultades se vinculan a fallas en el proceso de descentramiento del sí mismo y del reconocimiento de la reciprocidad en las relaciones y la libertad del sí mismo y del otro.

Por otro lado, dado lo característico del pensamiento autista se dificulta la **integración del sí mismo**, que trae implícita una tarea de acomodación de todas las experiencias dadas a lo largo de la vida, ya que existirían limitaciones en la capacidad de trascendencia y abstracción que requiere el sentido de continuidad del sí mismo. No se posee la conciencia de las contradicciones presentes en las experiencias, las cuales no se integran, ni se logran organizar de manera coherente.

Por último la **integración con otros** es un aspecto sensible para el niño/a con esta condición, ya que esto está supeditado a la búsqueda de alternativas de acción y de reconocimiento desde otros por medio de la incorporación a grupos de reflexión y de acción en diversos ámbitos. Integrarse con otros es una ardua tarea, ya que implica un criterio de realidad sobre la acomodación de sus deseos a la realidad, además que exige la conciencia de las limitaciones propias humanas y de la demanda externa de responsabilidad e igualdad sobre sus acciones a medida que enfrenta normas y valores que son propios del vivir en comunidad. Estos aspectos sobre demandan las capacidades del niño/a y sobrepasan sus recursos para la comprensión de la realidad social y de sus exigencias, así como para entender lo que se espera de él o ella.

En síntesis, en niños/as con trastorno del espectro autista se observa una desorganización importante de la identidad, con desequilibrios en la unidad e integración del sí mismo, así como también de la integración con otros. De esta manera, la construcción de una identidad personal autónoma y solidaria no se logra, más bien, permanece fijada en niveles egocéntricos como reflejo de la extrema rigidez de esquemas y estructuras.

4.6. Organización de personalidad

Si se considera la organización del desarrollo basado en un continuo desde lo normal a la psicopatología en términos de equilibrio (Sepúlveda, 2013), en el caso de los trastornos del espectro autista se observa desequilibrios duraderos en el doble proceso de asimilación y acomodación con la consecuente dificultad de adaptación a la realidad.

En este caso, la desorganización de la estructuración del desarrollo en el niño/a con esta condición implica el predominio de una asimilación distorsionadora de la realidad debido a la rigidez de los esquemas cognitivos y afectivos lo que dificulta finalmente los procesos de acomodación, esto impactaría sobre la forma en que la persona interpreta la realidad (Sepúlveda, 2013).

Según las características que presentan los niños/as con trastornos del espectro autista en término de estructura de personalidad, estos podrían ser ubicados en el extremo del continuo dentro de la categoría de la organización psicótica de personalidad. La estructura psicótica de personalidad según los criterios psicopatológicos piagetianos, se caracterizan por una gran rigidez de los procesos de asimilación y acomodación que deriva en la desadaptación y desequilibrio, con la no integración y diferenciación personal, por otro lado se observa alteraciones del criterio de realidad, con dificultades en diferenciar la realidad de la fantasía (Sepúlveda, 2013).

Como se ha mencionado en el capítulo anterior, el comportamiento adaptativo logra un equilibrio duradero a través de las acciones, al construirse un patrón que responde exitosamente a las necesidades de sí mismo y del ambiente físico y social (Sepúlveda y Capella, 2010).

Sin embargo, los principales factores que describen la psicopatología del desarrollo en el niño/a con trastorno del espectro autista se encuentran alterados. Los elementos a evaluar para la presencia de esta psicopatología según los criterios de Rosen (1985, citado en González, 2011) se describen a continuación:

- Desbalance en los procesos de asimilación–acomodación que se traduce finalmente en las conductas disfuncionales ya expuestas que no permite la adaptación.
- Fijación en el egocentrismo versus la descentración, que lleva a fallas para diferenciar apropiadamente entre sujeto y objeto impidiendo una comprensión adecuada de la

realidad para la persona con perjuicios en el establecimiento de relaciones interpersonales maduras.

- Fijación en el desarrollo, a nivel cognitivo con pensamiento sobre la realidad en términos sincréticos y otras formas pre lógicas, como por ejemplo, la carencia de reversibilidad del pensamiento, con repercusiones a nivel desarrollo afectivo-social y moral.
- Adherencia a aspectos pre operacionales del pensamiento, condición que se encuentra relacionada con el punto anterior y que se caracteriza por un pensamiento mágico, no realista. Aunque más bien, en el caso de los trastornos del espectro autista más severos, existiría sobre todo fijaciones en características del estadio sensoriomotor del desarrollo.

Un aspecto a enfatizar es la alteración del criterio de realidad que dificulta la adaptación de la persona, en términos piagetianos, a su ambiente físico y social. Por lo tanto, podría presentarse un desajuste si por lo demás no se integran aspectos no asimilables de la realidad debido a retenciones en la egocentricidad (Rychlak, 1988).

Capítulo 5

Métodos de intervención actuales con niños y niñas con trastorno del espectro autista

5.1. Prácticas basadas en la intervención y modelos globales de intervención.

El sustancial aumento de caso de niños/as con trastorno del espectro autista ha conllevado el aumento de la demanda de servicios de atención que ha favorecido que se planteen cuestiones relacionadas a procedimientos de detección, diagnóstico y tratamiento más apropiados (Salvadó et al., 2012), esto responde a la evidencia que plantea que cuanto más temprano se inicia la intervención se obtienen mejores resultados terapéuticos (National Research Council, 2001).

Basado en las recientes revisiones publicadas, se han propuesto tres formas diferentes de clasificar las intervenciones dirigidas a las personas con trastorno del espectro autista. La primera sigue el criterio de prácticas basadas en la intervención, la segunda se centran en modelos globales de tratamiento (o “comprehensive treatment models” en inglés) y, en tercer lugar, se encuentran los tratamientos de tipo psicofarmacológico (Salvadó et al., 2012).

Las prácticas basadas en la intervención (“focused intervention practices”) son procedimientos utilizados por profesionales o miembros de la familia y que tienen base en el aprendizaje o en la disminución de conductas problemáticas concretas en un tiempo breve, con el fin último de potenciar el desarrollo del niño/a (Odom, Boyd, Hall & Hume, 2010). Por su parte los modelos globales de tratamiento son intervenciones basadas en un marco teórico que se organizan conceptualmente y que se forma por multicomponentes integrados de una forma global. En una reciente revisión (Odom et al., 2010), se ha evidenciado más de 30 tipos diferentes de modelos globales de tratamiento que varían según su marco conceptual y teórico, así como en complejidad e intensidad.

La revisión de los últimos estudios en intervenciones para el tratamiento psicológico con niños/as con trastorno del espectro autista publicados desde el mes de enero de 2010, demuestra que éstos resultan efectivos para mejorar un amplio rango de habilidades que incluyen las de tipo comunicativas, sociales, cognitivas y adaptativas, además de abordar problemas de conducta, junto con reducir los síntomas de ansiedad y las conductas agresivas (Rogers & Vismara, 2008; Dawson & Burner 2011).

Fuentes et al. (2006) refiere que algunos de los contenidos que los programas de intervención en general deben perseguir son:

- Mejora de la capacidad de adaptación
- Co-regulación social
- Iniciación y mantenimiento de la atención conjunta
- Teoría de la mente⁵,
- Coordinación emocional
- Flexibilidad del pensamiento

Por su parte, Etchepareborda (2001; 2005 citado en Mulas et al., 2010 p. 79) propone el uso de programas basados en la evaluación y que promueva la mejora de la o la(s):

- Comunicación funcional y espontánea.
- Habilidades sociales (atención conjunta, imitación, interacción recíproca, iniciativa y autocuidado).
- Habilidades funcionales adaptativas para alcanzar mayor responsabilidad e independencia (p. ej., manejo del dinero).
- Reducción de las conductas disruptivas o maladaptativas.
- Habilidades cognitivas, como el juego simbólico y de toma de un punto de vista.
- Habilidades de destreza y académicas, según su grado de desarrollo.
- Desarrollo de funciones ejecutivas (planificación, programación, anticipación, autocorrección, etc.).

Instituciones oficiales y organizaciones gubernamentales internacionales han apoyado investigaciones cuyo objetivo principal ha sido el de evaluar la efectividad y/o eficacia de intervenciones psicoeducativas en su rol de apoyar la mejora de cualquiera de los síntomas que conforman el trastorno del espectro autista (Salvadó et al., 2012). Estas revisiones han dado como resultados diferentes guías, como la del Departamento de Salud de Australia propuesta en 1997 por el grupo de Mesibov (Roberts & Prior, 2006) que se presenta a continuación:

Clasificaciones de intervenciones en el tratamiento de síntomas asociado al trastorno del espectro autista según el Departamento de salud de Australia (Roberts & Prior, 2006).

Intervenciones psicodinámicas	
Intervenciones biológicas	-Fármacos -Intervenciones complementarias y alternativas

⁵ Se refiere a la capacidad de empatizar y reconocer de emociones en los otros y sí mismo, tiene relación a la capacidad de atribuir estados mentales (deseos, creencias, intenciones, etc.) a otras personas (Uribe, 2010).

Intervenciones psicoeducativas <i>Intervenciones conductuales</i>	- (Early) Intensive Behavioural Interventions (EIBI/IBI) - Applied Behaviour Analysis (ABA) - Contemporary ABA, por ejemplo, NLP
<i>Intervenciones basadas en el Desarrollo</i> <i>(Intervenciones evolutivas)</i>	- Developmental Social-Pragmatic Model (DSP) - Floortime - Relationship Development Intervention (DIR)
<i>Intervenciones basadas en la Terapia</i>	<i>Intervenciones centradas en la comunicación:</i> - Visual Supports/Alternative and Augmentative Communication (AAC) - Picture Exchange Communication System (PECS) - Social Stories - Facilitated Communication (FC) - Functional Communication Training (FCT)
	<i>Intervenciones sensoriomotoras:</i> - Sensory Integration - Auditory Integration Training - Doman-Delacato method
<i>Intervenciones combinadas</i>	- Social-Communication, Emotional Regulation and Transactional Strategy Assessment (SCERTS) - Treatment and education of autistic and related communication handicapped children (TEACCH) - Learning Experiences: an Alternative Program for Preschoolers and Children with Disabilities (LEAP)
<i>Otras intervenciones</i>	- Higashi/Daily Life Therapy The Option Method - Music Intervention Therapy Spell - The Camphill Movement - Miller Method
<i>Intervenciones basadas en la familia</i>	- The Hanen Program - The Early Bird Program

Los métodos de intervención de tipo psicoeducativos, que se aprecian en la tabla anterior, se centran básicamente en tres enfoques distintos: comunicación, estrategias de desarrollo y educacionales, y uso de principios conductuales para mejorar el lenguaje y el comportamiento (Howlin, Magiati & Charman T, 2009 citados en Mulas et al., 2010).

En términos sintéticos, de los tipos de intervenciones psicoeducativas contempladas en la guía del Departamento de salud de Australia, las **intervenciones conductuales** se definen como aquellas que se basan en el desarrollo de nuevos comportamientos y habilidades usando técnicas especializadas y estructuradas, las **intervenciones evolutivas**, por su parte, facilitan que el niño/a desarrolle relaciones positivas y significativas con otras personas, centrándose en técnicas sociales y de comunicación en ambientes estructurados, a

la vez que aportan al desenvolvimiento de habilidades para la vida diaria (habilidades funcionales y motoras), por otro lado las **intervenciones basadas en terapias** se centran en trabajar dificultades específicas, con foco en el desenvolver habilidades sociales y de comunicación, y favorecer el desarrollo sensoriomotor, las **intervenciones basadas en la familia** enfatizan la idea de que la inclusión de la familia en el tratamiento es fundamental y aporta entrenamiento, información y soporte a todos los miembros de la familia, y por último las **intervenciones combinadas** que, como su nombre lo indica combinan elementos de métodos conductuales y evolutivos que por general resultan más eficaces (Mulas et al., 2010) éstos últimos también son conocidos con el nombre de modelos globales o comprensivos de tratamiento.

Dada la existencia de una gran heterogeneidad de intervenciones Prizant y Wetherby (1998 citados en Salvadó, 2012) proponen integrarlas en un continuo en el que en un extremo estarían las aproximaciones conductuales tradicionales más rigurosas, como las derivadas del método Lovaas, y en el otro extremo se situarían aquellas intervenciones de desarrollo social pragmático, como es el caso del Floortime.

A continuación se describirán algunos de los modelos globales o comprensivos de tratamiento más empleados y mencionados en la literatura especializada a fin de conocer los fundamentos, enfoques y objetivos principales a los que se abocan en la intervención con niños/as con trastorno del espectro autista y su entorno.

5.1.1. Modelos globales o comprensivos de tratamiento en trastornos del espectro autista.

En un intento de examinar las intervenciones con niños/as con trastorno del espectro autista, un comité designado por la Academia Nacional de Ciencias de Estados Unidos (National Academy of Science), identificó un set de modelos comprensivos que envuelve un conjunto de prácticas destinadas a intervenir en el desarrollo de los déficits centrales de los trastornos del espectro autista (National Research Council, 2001). Por lo general abrigan diversos componentes orientados al desenvolvimiento de habilidades dentro de las múltiples áreas de desarrollo (Hume et al., 2011).

A continuación se describirán algunos de los modelos globales de tratamiento más utilizados:

5.1.1.1. Análisis conductual aplicado (Applied behavior analysis - ABA)

El Applied Behavior Analysis (ABA por sus siglas en Inglés) o Análisis conductual aplicado (ACA) es uno de los modelos de intervención de base cognitivo conductual mayormente empleado para el tratamiento de los síntomas característicos de los trastornos del espectro autista mediante el uso de programas especializados, fomentando el desarrollo

de nuevas conductas y habilidades en sujetos que portan esta condición (Ale, 2010). Este método creado y desarrollado por Ivar Lovaas también se conoce con el nombre de “Manejo de contingencias” se aplica, de igual manera, en diversas patologías y ha mostrado ser la intervención más efectiva en trastornos del espectro autista (Schreibman, 1988; Smith, 1993; Newson & Rincover, 1989; citados en Matos & Mustaca, 2005),

El análisis conductual aplicado surgió como un enfoque terapéutico basado en la utilización de los principios del aprendizaje y la conducta descubiertos por medio del análisis experimental de la conducta (Fisher, Groff & Roane, 2012). Varios trabajos evidencian que la intervención basada en estos principios comparada con otros tratamientos, produce mejorías importantes y duraderas en una gran proporción de personas con trastorno del espectro autista, logrando un incremento en sus habilidades intelectuales, emocionales, académicas y sociales, permitiéndoles aprovechar mejor las posibilidades que le brinda el medio social y educacional (Matos & Mustaca, 2005).

Este modelo básicamente ayuda a los niños/as a aprender nuevas habilidades, incrementar, mantener, generalizar o transferir conductas a otras situaciones, asimismo se interviene en pos de restringir, reducir o disminuir las condiciones en donde ocurren conductas desadaptativas (Salvadó, Manchado, Palau, Rosendo & Orpí 2005 citados en Mulas et al., 2010).

La intervención basada en este modelo no es única para todos y no se constituye como un conjunto estandarizado de programas o ejercicios. Por el contrario, el/la terapeuta debe personalizar la intervención para cada usuario en relación a sus habilidades, necesidades, intereses, intereses y situación familiar. Es relevante mencionar los aspectos en común que debería tener un programa de intervención basado en este método (Autism Speaks, s.f.):

- Se requiere planificación y evaluación continua.
- El tratamiento debe ser proporcionado por un experto.
- La formulación de los objetivos del tratamiento deriva de una evaluación detallada de las habilidades e intereses de cada usuario incluyendo a la familia.
- Los objetivos y el tratamiento en sí son adecuados según el estadio de desarrollo de la persona y se dirigen a una amplia gama de habilidades, tales como, la comunicación, la sociabilidad, el auto-cuidado, el juego y el ocio, el desarrollo motor y las de tipo académica.
- Los objetivos enfatizan las habilidades que les permitan a niño/a ser independiente tanto en el corto y largo plazo.
- El plan de intervención apunta al desarrollo de habilidades mediante pasos estructurados según niveles de dificultad. Abarcando desde los más simples (imitar sonidos) hasta los más complejos (mantener una conversación).
- La intervención debe contar con una medición objetiva y continua del progreso del usuario.

- El especialista revisa con frecuencia información sobre el progreso del usuario y la utiliza para ajustar los procedimientos y metas según sea necesario.
- El especialista se reúne regularmente con los familiares y el personal involucrado en la ejecución del programa para revisar progresos, planificar y hacer los ajustes que sean necesarios.

Técnicas y filosofía del modelo de “análisis conductual aplicado” (Autism Speaks, s.f.):

- Se utiliza una variedad de procedimientos de análisis de comportamiento, algunos de ellos dirigidas por quien proporciona la terapia y otros iniciados por el usuario.
- Los padres/madres y/u otros miembros de la familia y cuidadores/as reciben capacitación para que puedan apoyar el aprendizaje y reforzar las habilidades desarrolladas en el día a día.
- El diario vivir del usuario contempla el que se proporcione oportunidades - ya sea de manera planificada o natural - para practicar estas habilidades en ambas situaciones estructuradas y no estructuradas.
- El usuario recibe refuerzo positivo al demostrar habilidades y comportamientos socialmente apropiados. El énfasis está en las interacciones sociales positivas y de aprendizaje que al usuario le resulte grato.
- El usuario no recibe ningún refuerzo de conductas que supongan un daño o impidan el aprendizaje

Otros modelos basados en el “Análisis conductual aplicado” (ABA)

Cabe destacar que desde la Universidad de California en Los Ángeles surge el Young Autism Project bajo del alero del Instituto Lovaas, ofrece intervenciones conductuales basados en los principios del modelo “Análisis conductual aplicado”, como es el caso del modelo global de tratamiento **Intensive Behavioural Intervention-IBI** (intervención conductual intensiva) y el **Early Intensive Behaviour Intervention-EIBI** (intervención conductual temprana intensiva).

En ellos se utilizan métodos de aprendizaje conductual sistemático (entrenamiento por ensayo discreto, aprendizaje incidental) e intensivo (intervención directa de 20 a 40 horas por semana) para fortalecer habilidades enmarcadas en un programa estructurado que incluye objetivos específicos de áreas como las sociales, de juego, cognitivas, de lenguaje y de autonomía. Corresponden a intervenciones individualizadas de uno a uno o de pequeños grupos, dependiendo del nivel o de progreso del niño/a, aplicadas en diferentes contextos, como en casa, en la escuela y en la comunidad (Salvadó, 2012).

Otro de los métodos de instrucción que se utiliza es el denominado entrenamiento en ensayos discretos (Discrete Trial Training, DTT), que se basa en descomponer habilidades específicas en pasos acotados y de complejidad gradual, se enseñan desde habilidades de atención hasta otras más complejas como conductas verbales o sociales. (Mulas et al., 2010).

5.1.1.2. Tratamiento y educación de niños y niñas autistas con dificultades de comunicación (Treatment and education of autistic and related communication handicapped children - TEACCH)

Este modelo tiene como prioridad permitir a las personas con trastorno del espectro autista desenvolverse de la forma más significativa, productiva e independiente posible en sus comunidades. Mantiene una política de rechazo cero, por lo que integra a usuarios de todas las edades y niveles de funcionalidad. Concentran el 80% de sus atenciones a niños/as menores de 7 años (Montalva, Quintanilla & Del Solar, 2012).

En esta forma de intervención se enfatiza el intercambio de información entre el profesional, que cuenta con el saber técnico, y los padres/madres, quienes tienen la experticia sobre las características de su hijo. Los programas que se enmarcan dentro de él incluyen educación y entrenamiento para ambos, padres/madres e hijos. La familia adquiere importancia, pues es la encargada de establecer las rutinas y seguir las indicaciones que den continuidad a la intervención, proveyendo las oportunidades para la generalización en diferentes contextos de las habilidades aprendidas (Gresham, Beebe-Frankenberger & MacMillan, 1999).

Existen cuatro componentes principales de este programa (Schopler et al., 1995, citados en Gresham, Beebe-Frankenberger & MacMillan, 1999):

- a) Organización física del ambiente.
- b) Establecimiento de horarios.
- c) Contar con un sistema de trabajo y de organización de tareas.
- d) Considerar el nivel de desarrollo mental del niño/a y sus necesidades individuales.

Este modelo se centra en entender la “cultura del autismo” es decir, la forma que tienen las personas con trastorno del espectro autista de pensar, aprender y experimentar el mundo, de forma que estas diferencias cognitivas explicarían los síntomas y los problemas conductuales que presentan (Francis, 2005 en Mulas, et al., 2010). Por tanto, la función del profesor, del/la terapeuta y los padres/madres es servir como intérpretes que comprendan ambas culturas y pueda traducir al niño/a las normas de un mundo no autístico de manera que la persona pueda desenvolverse funcionalmente en él (Mesibov, Shea & Schopler, 2005).

Su objetivo más importante apunta a mejorar la adaptación de la persona (Schopler, Mesibov & Hearsey, 1995, citados en Gándara, 2007) por medio del apoyo a la potenciación de sus habilidades, y la modificación y estructuración del entorno para acomodarse a los déficits autísticos. Esto recibe el nombre de “acomodación mutua” (Gándara, 2007).

Lo característico de este modelo y que lo distingue de los demás es el énfasis en el aprendizaje estructurado caracterizado por (Salvadó et al., 2012):

- **Estructurar el entorno y las actividades a fin de que sean lo más comprensibles posible:** Disposición del espacio, sistemas de trabajo, organización individual de las tareas y de la secuencia de los eventos del día. Así la persona comprende la información en relación a lo que se supone que tiene que hacer, cuánto tiempo va a durar o cuántas veces lo debe realizar, reconoce el progreso de lo que está haciendo a lo largo del desarrollo de la actividad hasta finalizarla, cuándo saber que la actividad ha concluido y qué actividad sigue a continuación.
- **Aprovechar las habilidades de estas personas,** tales como, los intereses en detalles visuales para compensar otras dificultades. La información visual es crucial y tiene que utilizarse en la estructura física, los horarios, las instrucciones de las actividades, la comunicación y el recuerdo de normas y límites esperados.
- **Motivar a los sujetos y mantenerlos en el aprendizaje** aprovechando sus intereses personales y favorecer el uso de la comunicación espontánea y funcional.

Actualmente constituye el programa de educación especial mayormente usado con estudios que avala su eficacia en optimizar habilidades sociales y de comunicación, reduciendo conductas desadaptativas, mejorando la calidad de vida y disminuyendo el estrés familiar (Van Bourgondien, Reichle, Schopler . 2003; Ozonoff & Cathcart, 1998 citados en Mulas et al., 2010) .

5.1.1.3. Modelo Denver de inicio temprano (Early start Denver model – ESDM)

EL Modelo Denver de inicio temprano es un modelo global conductual diseñado para niños/as preescolares con trastorno del espectro autista y que integra el análisis conductual aplicado (ABA), con un enfoque relacional y de desarrollo. Este modelo está diseñado para abordar las necesidades de niños/as desde los 12 meses. La intervención se proporciona en ambiente natural (el hogar) y es facilitado por terapeutas especializados y padres/madres (Dawson, et al. 2010).

Este método de intervención constituye un modelo que se caracteriza por seguir, por una parte, la línea constructivista, que concibe a los niños/as como activos en la construcción de su propio mundo mental y social a través de sus experiencias interpersonales afectivas, motrices y sensoriales, asimismo, integra la perspectiva transaccional, en el que el niño/a y las otras personas de su entorno se ven afectadas e influenciadas por el desarrollo de uno y de otro (Salvadó et al., 2012).

La intervención se dirige a niños/as desde los 12 a los 48 meses de edad y se lleva a cabo una valoración previa para programar los objetivos a corto plazo en función del nivel de desarrollo, se tiene en cuenta el perfil evolutivo de los niños/as con trastornos del espectro autista desde los más avanzados en el desarrollo visual y motor, hasta los menos avanzados

en el desarrollo social y comunicativo. Se trazan de dos a tres objetivos de cada área y se supervisan cada 12 semanas (Salvadó et al., 2012).

Sus principales características incluyen (Autism Speaks, s.f.):

- Estrategias naturalistas basadas en el análisis conductual aplicado (ABA).
- Se lleva a cabo acorde al estadio y desarrollo evolutivo.
- Participación activa de los padres/madres.
- Se centran en el intercambio interpersonal y afecto positivo.
- Compromiso mutuo con las actividades conjuntas.
- Lenguaje y comunicación enseñando dentro de una relación positiva y afectiva.

En cuanto a los contenidos del currículum, existen cuatro niveles diferenciados en diferentes áreas entre los que se encuentran: el lenguaje receptivo y expresivo, la atención conjunta, la socialización, la motricidad fina, la motricidad gruesa, la imitación, la cognición, el juego, las tareas y la autonomía (Diaz, Lopez & Jimenez, 2011).

5.1.1.4. Comunicación social, regulación emocional y apoyo transaccional (social-communication, emotional regulation and transactional support – SCERT)

Este modelo se dirige a los déficits subyacentes centrales que afecta a niños/as con trastorno del espectro autista: dificultades en comunicación y lenguaje en la relación social, así como la reciprocidad socioemocional y déficits de procesamiento sensorial. Los primeros son abordados a través de la terapia de lenguaje sociopragmático⁶ que enfatiza el uso funcional de las habilidades pre-verbales y verbales de comunicación en las interacciones naturales y semiestructuradas, además incluye estrategias para el uso de sistemas de comunicación no verbales tales como las imágenes simbólicas (Lampreia, 2007).

Es un modelo global interdisciplinario, que tiene como objetivo fortalecer el desarrollo de las habilidades socioemocionales y comunicativas de las personas con trastorno del espectro autista y sus familias a través de la aplicación de soportes transaccionales. Defiende la idea de que el aprendizaje más significativo durante la infancia ocurre en el contexto social de las actividades diarias y de las experiencias (Salvadó et al., 2012).

Mediante esta intervención se proporcionan directrices específicas para ayudar a que el niño/a llegue a desarrollar competencia y confianza personal en la comunicación social, al mismo tiempo que trabaja problemas de conducta que interfiere con el aprendizaje y el desarrollo de las relaciones. En este sentido, el acrónimo "SCERTS" se refiere al foco puesto en (Prizant, Wetherby, Rubin & Laurent, 2007):

⁶ Según Leech (1983), la sociopragmática es el "interfaz sociológico de la pragmática", estudia las condiciones socioculturales que regulan el uso del lenguaje en una cultura específica.

- "SC" - Comunicación Social (Social Communication): Guarda relación con el desarrollo de la comunicación espontánea y funcional, la expresión emocional y relaciones seguras y de confianza entre niños/as y adultos.
- "ER" - Regulación Emocional (Emotional Regulation): Tiene que ver con el desarrollo de la capacidad para mantener un estado emocional regulado para afrontar el estrés cotidiano, y la disposición al aprendizaje y la interacción.
- "TS" - Apoyo Transaccional (Transactional Support): Este aspecto se vincula en parte al desarrollo y la implementación de apoyos para ayudar a los pares (compañeros/as) a responder a las necesidades y los intereses del niño/a, asimismo considera la modificación y adaptación del ambiente, además de facilitar apoyos en el aprendizaje (por ejemplo, la comunicación de imagen, horarios escritos, y apoyos sensoriales). El plan de intervención es desarrollado también para proporcionar apoyo educativo y emocional a las familias, así como para fomentar el trabajo en equipo entre los/las profesionales.
- Su uso está indicado en niños/as desde el diagnóstico inicial y a lo largo del periodo escolar y también con adultos para el desarrollo de una amplia gama de habilidades de desarrollo, incluyendo individuos verbales y no verbales. Se puede adaptar para satisfacer las demandas de los diferentes entornos sociales que incluyen el hogar, la escuela, la comunidad y el ambiente laboral. Dicho modelo incluye un proceso de evaluación que ayuda al equipo a medir el progreso del niño/a, y determinar los apoyos necesarios para ser utilizados por los interlocutores sociales del niño/a (educadores, compañeros/as y miembros de la familia). Este proceso de evaluación asegura que (Prizant, Wetherby, Rubin & Laurent, 2007):
 - a) Se han seleccionado metas y objetivos significativos y funcionales apropiados para el desarrollo.
 - b) Se respeten las diferencias individuales en el estilo de aprendizaje, intereses y motivaciones del niño/a.
 - c) La cultura y el estilo de vida de la familia se comprendan y se respeten.
 - d) El niño/a participe en actividades significativas y funcionales durante todo el día.
 - e) Los apoyos se desarrollen y apliquen para facilitar la participación de compañeros/as y para que se adecúen consistentemente los ambientes y entornos en los que el niño/a se mueve.
 - f) El progreso del niño/a se ha hecho mediante un seguimiento sistemático en el tiempo.
 - g) La calidad del programa se vaya midiendo con frecuencia para asegurar la adherencia.

Finalmente, es relevante mencionar aquí que en una investigación realizada por Dawson et al. (2012) se encontró pruebas experimentales de que un programa intensivo de intervención temprana desde este modelo se correlacionaba a la mejora de la actividad cerebral asociada a la capacidad de respuesta social. Esta intervención impacta a nivel de la función cerebral con cambios positivos en el comportamiento. Por lo tanto, no se trata sólo de reducir la sintomatología, sino de que además se puede influir en la biología cerebral que subyace en este trastorno del neurodesarrollo.

5.1.1.5. Experiencias de aprendizaje y programas alternativos para niños y niñas en edad preescolar y sus padres/madres (Learning experiences and alternative program for preschoolers and parents - LEAP)

Dentro de los modelos globales de tratamiento en trastornos del espectro autista se encuentra también el modelo LEAP (Learning Experiences: an Alternative Program for Preschoolers and Parents) que también ha sido reconocido como una intervención válida y efectiva para la mejora de la sintomatología autista, funcionamiento cognitivo, lenguaje y problemas conductuales (Strain & Bovey, 2011).

Se caracteriza por ser un programa educativo-inclusivo para niños/as que presentan trastorno del espectro autista quienes se integran al aula junto a niños/as con desarrollo típico. Se orienta a potenciar las áreas cognitivo-académicas, adaptativas y de autonomía, comunicativas, socioemocionales y de conducta basado en un método educativo para padres/madres quienes son apoyados por profesionales especializados. El programa va orientado a potenciar las áreas cognitivo-académicas, adaptativas y de autonomía, comunicativas, socioemocionales y de conducta, se utilizan estrategias de aprendizaje en el contexto natural junto con estrategias de aprendizaje para profesores/as y pares (Salvadó et al., 2012).

Este programa cuenta con cuatro componentes principales: tres aulas de preescolares con trece estudiantes cada una, diez con desarrollo típico y tres con trastorno del espectro autista), se capacita a los padres/madres en algunos principios de manejo conductual y en estrategias de enseñanza, además enfatiza en la formación específica en áreas claves como desarrollo de planes de educación individualizada (Individualize education plan - IEPs), habilidades sociales, planes de transición (Gresham, Beebe-Frankenberger & MacMillan, 1999), transición que tiene relación a cambios ambientales propios de la escuela, es decir, rotación de profesores/as, pasar de curso, cambios de sala, etc.

El modelo en sí posee cinco características que lo hace un método naturalista, a diferencia de otros modelos (Hume et al., 2011):

- a) Los niños/as con desarrollo típico se integran tiempo completo en el aula junto a sus compañeros/as con trastorno del espectro autista.

- b) Se utiliza estrategias naturalistas de enseñanza.
- c) La distribución del aula corresponde a la de un entorno típico del ambiente preescolar.
- d) Se implementa un método de co-enseñanza entre un educador general y un educador diferencial.
- e) Se instruye y capacita a los padres/madres.

Actualmente, constituye uno de los modelos inclusivos con efectividad demostrada aplicado a la educación para niños/as con trastorno del espectro autista. A diferencia de otros programas que comienzan la intervención en modalidad 1:1 en el hogar, en el contexto clínico o en un aula donde solo comparecen niños/as con trastorno del espectro autista, esta modalidad de intervención puede ofrecer un método efectivo, sistematizado, inclusivo, apropiado al desarrollo del niño/a en múltiples áreas y que beneficia no solo a ellos y a sus familias, sino que también ayuda a que las escuelas aprovechen de mejor manera los recursos con los que cuentan (Odom et al., 2010)

Según Strain & Bovey (2001) este modelo posee aspectos característicos que contribuye a su efectividad y que además son de relativo bajo costo:

- La inclusión comienza desde el principio de la intervención y a tiempo completo. Los niños/as con trastorno del espectro autista reciben el nivel necesario de estímulo, con adaptaciones tanto del espacio físico como del curriculum. Además reciben apoyo en la participación mediada con sus compañeros/as en el marco de las intervenciones en habilidades sociales.
- El diseño del aula comienza con establecer un ambiente propio para niños/as de desarrollo típico. En el contexto de este programa, las intervenciones sistemáticas están integrada en las rutinas típicas de los preescolares con el objetivo de ofrecer oportunidades significativas y socialmente relevantes de aprendizajes diariamente.
- Los niños/as con desarrollo típico juegan un rol de importancia en este modelo, pues proveen, mediante entrenamiento comprensivo en habilidades sociales, posibilidades de mejoras en el comportamiento social y comunicativo de sus compañeros/as con trastorno del espectro autista. Esta relación mediada sistemática ha demostrado producir efectos desde el primer día de intervención (Strain & Schwartz, 2009 citados en Strain & Bovey, 2011).
- Los objetivos de aprendizaje se plantean de tal manera que la enseñanza continúa hasta que se logra el cambio del comportamiento. Estos objetivos se organizan jerárquicamente según relevancia. Los resultados se observan con base en el comportamiento en curso del niño/a respecto a rigurosos estándares de independencia y desempeño. Esto se revisa diariamente y se fundamentan en estrictos

criterios para la toma de decisiones. La intervención pueden exigir modificaciones en ausencia de un cambio claro de comportamiento.

- La capacitación para las familias se enfoca en proveer a los adultos estrategias para la disminución de estrés y de adaptación a la rutina diaria.
- La intensidad de la intervención no se define por horas a la semana, más bien, por aspectos relacionados a:
 - a) Cantidad de oportunidades significativas que se presentan para que el niño/a responda.
 - b) La funcionalidad de los objetivos propuestos.
 - c) La selección de un método instructivo que estimule la adherencia del niño/a al proceso.
 - d) La competencia del equipo para llevar a cabo adecuadamente la intervención propuesta.
 - e) El uso de sistemas de revisión de resultados y formulación de criterios para la toma de decisión a fin de reducir al mínimo la exposición de los niños/as a intervenciones que no surjan efecto.
- El modelo utiliza una variedad de enfoques basados en la evidencia, fundamentado en lo conductual y en sistemas de comunicación. Se plantea que la enorme heterogeneidad de los trastornos del espectro autista se opone a la utilización de uno o unos pocos métodos de intervención.

5.1.2. Modelos basados en el desarrollo o intervenciones evolutivas.

El enfoque de desarrollo en los que se encuentran fundamentados los modelos de intervención que se describirán a continuación se caracterizan por un abordaje eminentemente pragmático y social de desarrollo. Prizant, Wetherby y Rydell (2000) plantean que el enfoque evolutivo pragmático enfatiza la necesidad de focalizar el lenguaje pre verbal e verbal, así como las habilidades de comunicación funcional.

Aparte de eso, se incluyen en estos modelos el trabajo sobre las dificultades en la habilidad de imitar y las peculiaridades en el procesamiento sensorial que precisan ser consideradas y trabajadas. Además se enfatiza en el contexto natural sociopragmático exige la participación de la familia y se recomienda la inclusión de pares (Lampreia, 2007).

Esto es llevado a cabo a través de la construcción de la intencionalidad, de la toma de turno, la atención compartida y las habilidades de iniciación comunicativa, se procura asimismo expandir el repertorio de las funciones además de las instrumentales en contextos naturales (Prizant, Wetherby & Rydell, 2000).

5.1.2.1. Intervención para el desarrollo de relaciones (Relationship development intervention - DIR)

Dentro de las intervenciones basadas en el desarrollo o también llamadas intervenciones evolutivas, se encuentra el modelo Relationship Development Intervention (DIR) en el que se plantea un cambio paradigmático en la evaluación e intervención con niños/as con trastorno del espectro autista (The Interdisciplinary Council on Developmental and Learning Disorders, 2000 citado en Breinbauer, 2006).

Consiste en un tratamiento conductual y basado en la familia diseñado para tratar los síntomas centrales del autismo. Desarrollado por el psicólogo/a Steven Gutstein, se sustenta en la teoría de la "inteligencia dinámica" la cual es clave para mejorar la calidad de vida de las personas con autismo. Gutstein define la inteligencia dinámica como la capacidad de pensar con flexibilidad que incluye apreciar diferentes perspectivas, hacer frente al cambio y la integración de información de múltiples fuentes, por ejemplo, imágenes y sonidos (Autism Speaks, s.f.).

Se postula que cada niño/a tiene un perfil único que guía el plan terapéutico por sobre el diagnóstico sindromático, por otro lado el afecto y las emociones tendrían un rol central en promover la consecución de habilidades de desarrollo implicadas tanto en la organización de la intención comunicativa, de comportamientos sociales más complejos así como en el desarrollo de habilidades cognitivas que permitan el acceso a ideas simbólicas y pensamiento lógico. A raíz de ello, se prioriza el área afectiva o socio-emocional, por sobre la cognitiva, pues afirma que ésta constituye el área que comanda el desarrollo de las otras (Greenspan & Wieder, 2006 citado en Breinbauer, 2006).

De ello deriva el objetivo de este modelo, que es facilitar a las personas con trastorno del espectro autista el establecimiento de relaciones personales, fortaleciendo gradualmente los cimientos de las conexiones sociales, esto incluye la capacidad de formar un vínculo emocional y compartir experiencias. A partir de esto se enumera seis objetivos fundamentales (Autism Speaks, 2006):

- **Referencia emocional:** Capacidad de aprender de las experiencias emocionales y subjetivas de los demás.
- **Coordinación social:** Capacidad de observar y regular su propio comportamiento a fin de participar con éxito en las relaciones sociales.
- **Lenguaje declarativo:** Capacidad de utilizar el lenguaje y la comunicación no verbal para expresar curiosidad, invitar a la interacción, compartir percepciones, sentimientos, y coordinarse con otros.
- **Flexibilidad del pensamiento:** Capacidad de adaptarse de acuerdo a las circunstancias.
- **Procesamiento relacional de la información:** Capacidad de poner las cosas en contexto y resolver problemas.

- **La previsión y la retrospectiva:** Capacidad de anticipar las posibilidades futuras en base a experiencias pasadas.

Breinbauer (2006) explica que según este modelo la visión del desarrollo infantil precisa ser entendido no solo en sus distintas áreas, cognitiva, lenguaje, motor, socio-emocional, sino en cómo el niño/a las integra funcionalmente a lo largo de su proceso evolutivo. Ello tendrá implicancias sobre la manera que desarrolla habilidades funcionales para interactuar con propósito en su entorno, ya sea comunicar afecto, necesidades, deseos, ideas, emociones y pensamientos, así como para la resolución de problemas en la vida cotidiana. Siendo así, el contar con un equipo interdisciplinario se torna fundamental para dar respuesta a los requerimientos de cada niño/a, así como el contar con la participación activa de los padres/madres o cuidadores/as cercanos, quienes comparten el día a día dando continuidad de manera intensiva al tratamiento.

La misma autora afirma que las siglas del modelo DIR representan justamente los tres componentes claves a considerar para poder entender y promover el desarrollo infantil, según el modelo, el nivel de desarrollo del niño/a va a estar influenciado por diferencias individuales, patrones familiares y ambientales en torno al niño/a y el tipo de relaciones o interacción que el niño/a establece con sus padres/madres o cuidadores/as significativos:

- **D (Desarrollo):** Consiste en entender la etapa de desarrollo socio-emocional o funcional en que se encuentra el niño/a.
- **I (Individualidad):** Consiste en entender las diferencias individuales de cada niño/a en el interactuar. Estas pueden organizarse en tres niveles:
 - a) registro de la información
 - b) procesamiento de la información
 - c) respuesta atingente a la información recibida.

En un niño/a con desarrollo típico, estas diferencias individuales son mínimas y no afectan la calidad de la interacción ni el avance en las distintas etapas del desarrollo.

- **R (Relaciones):** Consiste en entender los patrones relacionales que afectan la interacción del niño/a con sus padres/madres o cuidadores/as significativos, aspecto crucial para tener acceso a oportunidades de organizar los elementos del desarrollo que dé paso a conductas comunicativas más complejas. Este componente busca describir y entender en detalle las múltiples diferencias en estilos de relación que presentan los distintos adultos que interactúan a diario con un niño/a con necesidades especiales, ello puede favorecer o entorpecer el desarrollo del niño/a.

Agrega además la descripción que Greenspan (s.f. citado en Breinbauer, 2006) realiza acerca de las etapas en las que el niño/a adquiere competencias funcionales del desarrollo que le permitirán interactuar en formas más complejas:

- **Regulación y atención:** Incluye la capacidad permanecer atento alerta a la interacción
- **Vinculación:** Guarda relación a la capacidad del niño/a de establecer una relación afectiva con padres/madres o cuidadores/as y que va a estar afectada por las diferencias individuales del niño/a y los patrones relacionales del adulto.
- **Comunicación intencional de ida y vuelta:** Relacionado con lo anterior, el niño/a comienza a comunicarse intencionalmente con ellos de forma simple, expresando sus primeras emociones o deseos básicos.
- **Comunicación gestual compleja/Sentido de sí mismo pre-verbal:** Una vez que se ha establecido esta comunicación simple de ida y vuelta, el niño/a va logrando organizar cadenas cada vez más complejas de interacción, ello requiere habilidades de unir varias secuencias para organizar actos, respuestas o comunicaciones de mayor complejidad.
- **Ideas emocionales:** Capacidad del niño/a de representar ideas y emociones, mediante comunicación gestual compleja se desarrolla la habilidad de representar actividades de la vida cotidiana a través de juego simbólico, expresando ideas, deseos y emociones.
- **Pensamiento emocional:** Una vez que se ha desarrollado una amplia gama de ideas expresadas a través del lenguaje y/o el juego, comienza la construcción de puentes lógicos (para qué, dónde, cómo, cuándo, por qué) dando causalidad, coherencia a ideas fragmentadas, que constituyen la base del pensamiento emocional y la capacidad de diferenciar fantasía de realidad.

Más allá del nivel funcional de desarrollo que involucra las habilidades de desarrollo anteriormente citadas, este modelo también trata patrones motores, sensoriales y afectivos. Aquí se evalúa el grado en que los niños/as son super o subreactivos en cada modalidad sensorial, o lo que se relaciona a la modulación y el procesamiento sensorial, sensorio-afectivo, planeamiento motor y secuenciación (Lampreia, 2007).

5.1.2.2. Juego circular (Floortime)

La principal estrategia de intervención en la cual se basa el modelo DIR es lo que se conoce en inglés como “floortime”, el que ha sido traducido al español bajo el término de “juego circular”, de acuerdo a sus principios básicos de usar el juego y establecer círculos de comunicación (Breinbauer, 2006).

Greenspan & Wieder (2006) proponen esta estrategia a fin de promover el desarrollo infantil tanto en niños/as con desarrollo típico como atípico cuya efectividad ya ha sido

demostrada. Estos autores plantean ésta como una técnica específica en la que mediante 30 o más minutos un cuidador ubica en el suelo para interactuar con el niño/a, al mismo tiempo que constituye una filosofía general que deben caracterizar las interacciones diarias con el niño/a.

Estos autores señalan los dos objetivos principales que procura de manera simultánea, el primero de ellos y que constituye el centro de la intervención es seguir la iniciativa del niño/a en el juego aprovechando sus intereses naturales, lo que se transforma en una ventana a su vida intelectual y emocional. En el juego circular el/la terapeuta o cuidador/a debe seguir lo que dirige el niño/a uniéndose a él o ella en su propio mundo. El segundo objetivo, es llevar al niño/a dentro de un mundo compartido, la idea es conducirlo/la a querer estar en el mundo con un otro. Es importante comprender de que éste o ésta sólo se aproximará en la medida que se respeten y se participe en lo que les interesa. Una vez que comience a disfrutar el compartir con el otro en el juego, se podrá comenzar a trabajar las habilidades básicas de interacción, siendo el fin último el facilitar al niño/a el logro de la empatía, el fomento de la creatividad, la lógica y la reflexión.

Esta intervención no separa las habilidades cognitivas, motoras y lingüísticas, más bien, se abordan a través de un énfasis sintetizado sobre el desarrollo emocional, es considerada una alternativa a terapias conductuales, aunque a veces se imparte en combinación con éstas. La meta es ayudar al niño/a a alcanzar seis hitos en el desarrollo que contribuyen a su crecimiento emocional e intelectual (Autism Speaks, s.f.):

- a) Autorregulación e interés en el mundo que lo rodea.
- b) Intimidad o aprecio por el mundo de las relaciones humanas.
- c) Comunicación bidireccional.
- d) Comunicación compleja.
- e) Ideas emocionales.
- f) Pensamiento emocional.

Greenspan & Wieder (2006) recalcan que en el juego circular al seguir al niño/a en lo que dirige del juego se permite la entrada en su mundo emocional para a partir de ahí crear una serie de oportunidades y desafíos para ayudarlos a moverse a niveles más altos de interacción, comunicación y de pensamiento. Conjuntamente se le desafía a alcanzar nuevos hitos en la constante búsqueda de ampliar las habilidades con las ya cuentan.

5.1.2.3. Modelo sociopragmático del desarrollo (Developmental Social-Pragmatic Model-DSP)

Prizant, Wetherby y Rydell (2000), por su parte, defienden un modelo sociopragmático del desarrollo, que constituye una estrategia naturalista de enseñanza de habilidades socio-comunicativas para niños/as en riesgo y/o discapacidad, plantea la necesidad de focalizarse en la iniciación y la espontaneidad en la comunicación, en seguir el

foco de atención y motivación del niño/a, así como construir a partir de su repertorio comunicativo actual usando actividades y eventos naturales como contexto. Esta perspectiva deriva de la investigación sobre el desarrollo típico en niños/as e indica la relación entre el nivel de responsividad de los cuidadores/as y el nivel de desarrollo socio-comunicacional del niño/a.

Adopta un abordaje desde el desarrollo y tiene como objetivo principal permitir que el niño/a forme un sentido de sí como individuo intencional, interactivo y capaz de desarrollar habilidades lingüísticas y sociales. Considera habilidades de desarrollo, tales como, atención, foco, compromiso y relación social, gesto no verbal, afecto, resolución de problemas, comunicación simbólica, pensamiento abstracto y lógico (Lampreia, 2007).

En síntesis, como se ha podido observar las intervenciones suelen ser variadas y no es posible poder segregar cada uno de los programas, métodos y técnicas que utilizan. Estas formas de tratamiento se distinguen en aspectos tales como las metas que persiguen o que priorizan: unos destacan el acceso a la comunicación, otros la adquisición de habilidades sociales, otros priorizan la adquisición de conductas adaptativas. Por lo demás, se diferencia el tipo de estrategia que emplean, unos se apoyan en el ensayo discreto, otros en la enseñanza incidental y otros en la enseñanza estructurada. Además muestran diferencias en la preferencia por distintos contextos, así unos se concentran en las intervenciones en el hogar, otros en las intervenciones en centros especializados o en las aulas ordinarias. Y también existen diferencias en su preferencia por los ambientes naturales o por ambientes libres de distractores (Rubio, García & Lopez, 2013).

Capítulo 6

Lineamientos psicoterapéuticos desde el enfoque constructivista evolutivo en niños y niñas con trastorno del espectro autista con base en modelos globales de intervención

6.1. Consideraciones previas

Derivado de la revisión anterior, es importante tener en cuenta que un modelo no tiene que ser incompatible con otro aunque pertenezcan a distintos marcos teóricos, ello entrega la posibilidad de poder utilizar varias intervenciones en función de las características individuales del sujeto de intervención y su familia (Salvadó et al., 2012).

La Guía de Práctica Clínica del Departamento de Salud de Nueva York (1999, citada en Rubio, García & Lopez, 2013) señala que los componentes básicos de un programa de intervención efectivo deben cumplir requisitos básicos, tales como que la intervención debiese ser realizada precozmente y de manera intensa (De 25 a 40 horas semanales), que cuente con la participación activa de la familia durante el proceso, el personal que ofrece el servicio ha de estar altamente capacitado, para lo que necesita recibir formación especializada, la intervención debe ser personalizada según la necesidad específica de quien consulta, el cual debe contar con niveles de apoyo personal, temporal y físico intenso, la generalización de los aprendizajes debe estar adecuadamente planificada y realizarse un seguimiento continuo del progreso del tratamiento.

Respecto al mismo tema, la Guía Clínica de Salud Mental Infantil de Ontario (2003 citada en Rubio, García & Lopez, 2013) señala que los programas efectivos que reciben el apoyo de la investigación científica son programas individualizados, diseñados y desarrollados por profesionales capacitados. Estos programas realizan una evaluación continua, comienzan tempranamente y cuentan con técnicas intensivas enfocadas en la comunicación y en el aprendizaje de habilidades sociales funcionales.

La sociedad canadiense de Autismo (2003 citada en Rubio, García & Lopez, 2013) afirma, por su parte, que los programas eficaces proponen métodos muy estructurados con actividades atractivas y predecibles que pueden ser desarrollado en la escuela y el hogar, deben poseer un enfoque escalonado de aprendizaje, con apoyo visual para la comprensión y anticipación de los eventos, además cuentan con la capacitación y participación de la familia en relación a la planificación y desarrollo de la intervención.

Fuentes et al. (2006) afirman que un buen tratamiento debe ser intensivo y extrapolables a todos los contextos, aprovechando las oportunidades naturales, y recalcan que una de las estrategias esenciales es la participación intensa de los padres/madres

coordinándose con los/las profesionales para participar en la determinación de objetivos y en los sistemas que se vayan a utilizar.

Por medio de la revisión de ocho programas de intervención temprana para niños/as autistas de entre tres años y medio y cuatro años de edad realizada por Dawson y Osterling (1997 citados en Lampreia, 2007) se llegó a la conclusión de que todos fueron eficaces en apoyar el proceso de integración del 50% de los niños/as en una escuela regular. Según los autores, para asegurar un resultado óptimo en la intervención ciertos aspectos deben estar presentes:

- Un currículo que abarca cinco áreas de habilidades (atención a los elementos del medio ambiente, imitación, comprensión y uso del lenguaje, el juego y la interacción social).
- Ambiente de aprendizaje propicio y uso de estrategias para la generalización en ambientes naturales.
- Programas y rutinas estructuradas.
- Abordaje funcional de comportamientos considerados problemáticos.
- Transición asistida al preescolar.

Los mismos autores retoman la idea de lo fundamental que es contar con la participación de los padres/madres o cuidadores/as por medio de enseñanza de técnicas de terapia y grupos de padres/madres, así como con la participación de pares con desarrollo típico como promotores/as de modelos de comportamiento social.

Mediante la revisión de diversas estrategias de intervención en trastornos del espectro autista, Rubio, García y Lopez, (2013, p.34) perfilaron un mapa simplificado de propuestas comunes que los distintos modelos plantean:

Intervención intensa:

- Con niveles de apoyo personal y temporal intenso.
- Los programas eficaces dedican de 20 a 40 horas semanales. Se recomiendan al menos 5 horas diarias / 5 días a la semana.

Intervención extensa:

- Ambientes libres de distractores.
- Ambientes naturales.
- Alternado contextos controlados y oportunidades de interacción en contextos naturales.

Profesionales altamente especializados

- Con formación específica, teórica y práctica continuada (observación de expertos y prácticas supervisadas)

Participación y apoyo familiar

- Persiguen que los padres/madres dediquen al menos 10 horas semanales de intervención en casa.
- Capacitación a padres/madres (observación de modelos y ensayo con feedback en el hogar).
- Continuo apoyo familiar (reuniones, talleres para el modelado de técnicas y visitas al hogar).

Programación individualizada y centrada en la persona

- Niveles de intensidad y tipo de apoyo en función de las dificultades.
- Evaluación continua que permita reajustar objetivos, procedimientos o intensidad del apoyo.

Técnicas eficaces (alta variabilidad entre los distintos modelos)

- Análisis conductual y ensayo discreto.
- Enseñanza estructurada con rutinas predecibles, apoyo visual, claves de anticipación y límites físicos.
- Enseñanza incidental en contextos naturales.

Apoyando lo anterior y agregando otros elementos, la National Research Council (2001) y Rogers (1998 citado en Mulas et al., 2010), sugieren los siguientes elementos a tener en cuenta al planear una intervención con niños/as con trastorno del espectro autista:

- Entrada precoz aún sin confirmación del diagnóstico definitivo.
- Intervención intensiva.
- Baja tasa de niño-profesor y horas de terapia 1:1 con objetivos individualizados.
- Participación de la familia en la intervención.
- Oportunidades de interacción con pares de desarrollo típico.
- Medición constante de resultados.
- Alto grado de estructuración y rutinas predecibles, programas de actividades visuales y límites físicos para evitar la distracción.
- Estrategias para la generalización y continuidad de las actividades aprendidas.

Al revisar estas consideraciones, es posible dar cuenta de que existe una diversidad de elementos que son indicados como claves en la planificación y desarrollo de intervenciones según los requerimientos y necesidades en términos genéricos de niños/as que presentan trastornos del espectro autista. Las diferentes perspectivas convergen al considerar ciertos elementos básicos, llevando a pensar por lo tanto, que existirían ciertos consensos en lo que respecta a áreas claves y las condiciones en las que se debe llevar a cabo una intervención que aporte con resultados positivos.

6.2. Propuesta de lineamientos de intervención psicoterapéutica desde el enfoque constructivista evolutivo con base en modelos actuales de tratamiento

Apoyado en la información descrita respecto a los modelos globales más conocidos y utilizados en la intervención en niños/as con trastorno del espectro autista, la autora de este trabajo intentará entregar una propuesta de lineamientos terapéuticos de acuerdo a los principios del enfoque constructivista evolutivo recogiendo elementos comunes de los distintos modelos revisados que sirvan para orientar la atención psicológica a niños/as con esta condición.

6.2.1. Importancia de una planificación terapéutica individualizada con énfasis en aspectos evolutivos

Cabe recordar que el término constructivismo como epistemología concibe una persona activa que construye su realidad, esto constituye el punto de partida desde donde observar los procesos que vivencia la persona, y la forma de intervenir sobre dichos procesos. Vale mencionar, que intervenciones globales como el “Modelo Denver” se posiciona desde esta epistemología y concibe a los niños/as como activos/as en la construcción de su propio mundo mental y social a través de sus experiencias interpersonales afectivas, motrices y sensoriales (Salvadó et al., 2012).

Se ha validado, por lo tanto, el ejercicio de tomar en cuenta y legitimar la subjetividad de la persona, lo que no es un aspecto menor, y determinará la matriz que orientará toda decisión sobre el proceso terapéutico en curso -desde el planteamiento de los objetivos, elección de métodos y técnicas a utilizar, ritmo de trabajo, hasta los criterios de alta- y será también la plataforma donde descansará los fundamentos del razonamiento clínico.

La psicoterapia evolutiva apunta al proceso de adaptación del niño/a considerando el estadio evolutivo en el que se encuentra al momento que consulta, tomando en cuenta sus experiencias previas, relaciones interpersonales, formas de interpretar su realidad, sin dejar de lado su historia clínica. Es crucial el contemplar la globalidad del funcionamiento del niño/a en cuanto a la organización interdependiente de cada una de las áreas evolutivas. Así, como afirma Sepúlveda (2010), las terapias desde este enfoque siguen el curso del desarrollo natural de las personas siendo éstas activas en sus procesos de desarrollo y de psicoterapia, por lo tanto, es clave el diálogo, el debate, la exploración de la realidad y la relación de significado para el sí mismo.

Acorde a ello, se hace necesario plantear un proceso de terapia individualizado acorde a las características de la persona lo que es un elemento constantemente enfatizado, incluso desde los modelos que se adscriben a una epistemología positivista, como es caso del modelo de “análisis conductual aplicado” (ABA), que plantea que los objetivos deben ser adecuados

según el estadio de desarrollo de la persona, al mismo tiempo que se dirijan a una amplia gama de habilidades (Autism speaks, s.f.).

De igual manera, el modelo de “Tratamiento y educación de niños/as autistas con dificultades de comunicación” (TEACCH) recalca la importancia de considerar el nivel de desarrollo mental del niño/a y sus necesidades individuales (Schopler et al., 1995 citados en Gresham, Beebe-Frankenberger & MacMillan, 1999). Por su parte, el modelo Denver lleva a cabo una valoración previa para programar los objetivos a corto plazo, también poniendo como punto de partida el nivel de desarrollo y el perfil evolutivo de los niños/as que se atienden (Salvadó et al., 2012).

Consecuente con esta perspectiva, el “Modelo de comunicación social, regulación emocional y apoyo transaccional” (SCERT) también plantea que una de las condiciones para que una intervención tenga éxito, las metas y objetivos deben ser significativos y funcionales según la etapa de desarrollo del sujeto, en el que la cultura y el estilo de vida de la familia sea comprendidos y respetados (Prizant, Wetherby, Rubin & Laurent, 2007).

En esta misma lógica, el modelo “Intervención para el desarrollo de relaciones (DIR)”, pone especial acento en el entender la etapa de desarrollo socio-emocional o funcional en que se encuentra el niño/a enfatizando en la visión integral del desarrollo infantil a lo largo del proceso evolutivo (Breinbauer, 2006). Cabe mencionar que en programas de intervención derivado del “modelo sociopragmático del desarrollo” (DSP) también adopta un abordaje desde el desarrollo y tiene como objetivo principal permitir que el niño/a forme un sentido de sí como individuo intencional, interactivo y capaz de desarrollar habilidades lingüísticas y sociales. (Lampreia, 2007).

Por su parte, el modelo “Tratamiento y educación de niños/as autistas con dificultades de comunicación” (TEACCH) señala la importancia de entender lo que los autores llamaron la “cultura del autismo” que refleja el modo de las personas con trastorno del espectro autista de pensar, aprender y experimentar el mundo, de modo que estas diferencias explicarían los síntomas y los problemas conductuales que presentan (Francis, 2005 en Mulas, et al., 2010), siguiendo esta línea, el “Floortime” propone seguir la iniciativa del niño/a en el juego incorporando sus intereses naturales como medio de acceso a su vida intelectual y emocional (Greenspan & Wieder, 2006), de modo que facilita al terapeuta un canal de aproximación a su mundo subjetivo y a las significaciones que el niño/a le atribuye.

Es importante destacar el énfasis atribuido a las características propias de cada persona y la consideración de las etapas de desarrollo cada niño/a en los modelos antes mencionados. Desde el posicionamiento del constructivismo evolutivo, la relevancia de ello radica en que lo evolutivo enfatiza los sistemas orgánicos que evolucionan a través de etapas de acuerdo a principios regulares de estabilidad y cambio. Los síntomas, en este sentido, son comprendidos y tratados desde una perspectiva del desarrollo donde el sujeto construye y reconstruye su vivencia del mundo emocional (Sepúlveda, 2002). De ahí surge la relevancia de

entender que una intervención no deba ser única para todos siendo nada más que un conjunto estandarizado de programas o ejercicios en abstracto. Por el contrario, personalizar la intervención para cada usuario en relación a sus habilidades, necesidades, intereses, preferencias y situación familiar se torna fundamental (Autism speaks, s.f.).

6.2.2. Características de ambiente físico y social

Desde este punto de vista el ambiente- en una relación dialéctica con el sujeto-surgiría como un factor más que aportaría al constante cambio de significado de la relación del sí mismo con el mundo y en las interpretaciones de las experiencias propias y con otros. Para Ronen (2003) el nexo entre la persona y el ambiente social, se observa en como el segundo influencia la conducta, emociones y pensamientos de la persona y viceversa. Por lo que en esta relación podría favorecerse el descubrimiento de nuevas alternativas de significar la realidad (Sepúlveda, 2013).

Esta relación que se establece entre niño/a y entorno, se vincula a un interesante concepto planteado desde el modelo “Tratamiento y educación de niños/as autistas con dificultades de comunicación” (TEACCH) conocido como “acomodación mutua”. Esta noción apunta a la adaptación del niño/a por medio de la potenciación de sus habilidades, al mismo tiempo que se facilita la modificación y estructuración del entorno para acomodarse a las condiciones que estas personas presentan (Gándara, 2007).

Bajo la misma lógica, en el “Modelo Denver” esta forma de concebir la interrelación ambiente-persona se conoce como “perspectiva transaccional” en la que el niño/a y las otras personas de su entorno se ven afectadas e influenciadas por el desarrollo de uno y de otro mutuamente (Salvadó et al., 2012). El modelo “Comunicación social, regulación emocional y apoyo transaccional” (SCERTS) asume la misma perspectiva y propone como central la necesidad de proporcionar apoyos focalizados a ese nivel (Prizant, Wetherby, Rubin & Laurent, 2007).

Esta consideración, más allá de la perspectiva teórica desde la que se asume su definición conceptual, la relevancia que posee para una psicoterapia desde un enfoque constructivista evolutivo, es el soporte a la perspectiva integral del niño/a. Es decir, el plantear intervenciones que contemplen y abarquen aspectos de su medio físico y social, traducido en la implementación de apoyos para ayudar a los demás a responder a necesidades e intereses del niño/a, junto a modificaciones y adecuaciones del ambiente (Prizant, Wetherby, Rubin & Laurent, 2007).

Pasando a otro plano, debido a la extrema rigidez de esquemas cognitivos de los niños/as que portan esta condición y que se traduce, entre otras cosas, en una baja tolerancia a cambios en la rutina, el contacto con personas nuevas, lugares desconocidos y cambios de lugar de objetos en su entorno (Cuxart, 2000), es importante considerar como estrategia el uso de programas y rutinas estructuradas – siguiendo lo que plantea el modelo TEACCH en cuanto al establecimiento de horarios, sistemas de trabajo y de organización de tareas

(Schopler et al., 1995 citados en Gresham, Beebe-Frankenberger & MacMillan, 1999)- que ayuden al niño/a a autorregularse y hacer su entorno más predecible.

Toda esta labor debe realizarse en paralelo al trabajo psicoterapéutico focalizado con objetivos que contemplen la facilitación de los procesos de asimilación/acomodación, promoviendo mayores rangos de flexibilidad, con el fin de que estos desequilibrios sean mejor manejados y menos recurrentes.

6.2.3. Ambientes controlados v/s ambiente natural para la intervención

Desde otro nivel de análisis, es importante rescatar algunos aspectos que plantean los modelos revisados y que hacen alusión al tipo de ambiente donde el niño/a debe desenvolverse, ya sea en términos de grado de estructuración, de oportunidades de interacción y de puesta en práctica de las habilidades aprendidas.

Si bien pueden haber posiciones opuestas, una buena parte de la información que se encuentra en la literatura refiere que lo más adecuado es que la intervención se alterne entre contextos controlados y oportunidades de interacción en contextos naturales (Rubio, García y López, 2013). Esta noción es igualmente defendida por el modelo de “Análisis conductual aplicado” (ABA) que sostiene que el diario vivir del niño/a debe contemplar oportunidades - ya sea de manera planificada o natural - para practicar las habilidades adquiridas en ambas situaciones estructuradas y no estructuradas (Autism Speaks, s.f.). Desde esta perspectiva se reafirma la importancia de que un tratamiento deba ser extrapolable a todos los contextos aprovechando las oportunidades que se dan de manera natural (Fuentes et al., 2006; Dawson y Osterling, 1997 citados en Lampreia, 2007), como es el caso del hogar, escuela y la comunidad (Salvado, 2012).

De esto se interpreta que la psicoterapia dentro de un contexto clínico constituye un ambiente estructurado, pues sigue determinados lineamientos acorde a objetivos definidos previamente y se rige por normas implícitas que ordenan un espacio de psicoterapia. Este espacio es válido y orienta al niño/a respecto de la extrapolación a contextos naturales de la exploración que hace de nuevas formas de relacionarse y coordinarse con otros, primero con el/la terapeuta y luego con las demás personas, así como de nuevas formas de resignificar experiencias en la relación al mundo, ampliando rangos de flexibilidad de sus esquemas.

6.2.4. Intervención en el contexto escolar

Otro aspecto elemental a tratar es aquel referido a la integración del niño/a al sistema educativo, donde debe enfrentarse a situaciones diversas en el diario vivir necesitando desarrollar recursos personales que le permitan integrarse socialmente, al ambiente físico y a instancias de aprendizajes.

Desde el “Modelo de comunicación social, regulación emocional y apoyo transaccional” (SCERT) se defiende la idea de que los apoyos deban desarrollarse y aplicarse para facilitar la participación con compañeros/as de desarrollo típico y para que se adecúen consistentemente los ambientes y entornos en los que el niño/a se mueve, de modo que se planteen estrategias de intervención en contexto natural junto a profesores/as y pares (Salvadó et al., 2012).

En relación a esto último, el modelo “Experiencias de aprendizaje y programas alternativos para niños/as en edad preescolar y sus padres/madres” (LEAP), sostiene que los niños/as con desarrollo típico pueden proveer, mediante entrenamiento comprensivo en habilidades sociales, posibilidades de mejoras en el comportamiento social y comunicativo de sus compañeros/as con trastorno del espectro autista. Esta relación mediada y sistemática ha demostrado producir efectos desde el primer día de intervención (Strain & Schwartz, 2009 citados en Strain & Bovey, 2011).

Por otro lado, modelo “Experiencias de aprendizaje y programas alternativos para niños/as en edad preescolar y sus padres/madres” (LEAP), propone que la distribución del aula corresponda a la de un entorno típico preescolar, de modo que la inclusión comience desde el principio y a tiempo completo. Los niños/as con trastorno del espectro autista requieren recibir el nivel necesario de estimulación, con adaptaciones tanto del espacio físico como del currículum. En el marco de este programa, las intervenciones están integradas en las rutinas típicas de los preescolares con el objetivo de ofrecer oportunidades significativas y socialmente relevantes de aprendizajes (Strain & Bovey, 2001).

Igualmente se hace fundamental el mantenimiento de la organización física del ambiente con implementación de transiciones asistidas (Dawson y Osterling, 1997 citados en Lampreia, 2007) vinculadas a cambios ambientales importantes y que son propios del sistema escolar, es decir, rotación de profesores/as, pasar de curso, cambios de sala, etc.

6.2.5. Rol de la familia y/o cuidadores/as en el proceso psicoterapéutico

Es de suma importancia contar con la participación activa de los padres/madres o cuidadores/as, quienes deben coordinarse con los/las profesionales para participar en la determinación de objetivos terapéuticos y en los sistemas que se vayan a utilizar (Fuentes et al., 2006). Éste constituye un aspecto que es lejos el que obtiene mayor consenso al comparar los diferentes modelos. Se enfatiza en el entrenamiento a padres/madres (observación de modelos y ensayo con feedback en el hogar), con un apoyo profesional continuo con la familia (Rubio, García y López, 2013). En el modelo de “Análisis conductual aplicado” (ABA), el/la especialista se reúne regularmente con los familiares y el personal involucrado en la ejecución del programa para revisar progresos, planificar y hacer los ajustes que sean necesarios (Autism speaks, s.f.).

Tanto para el modelo “Tratamiento y educación de niños/as autistas con dificultades de comunicación” (TEACCH) y la “intervención para el desarrollo de relaciones” (DIR) la

participación activa de la familia se transforma en una parte esencial, pues es en el diario vivir que se establecen las rutinas y se da continuidad a la intervención, proveyendo las oportunidades para la generalización en diferentes contextos de las habilidades desarrolladas (Gresham, Beebe-Frankenberger & MacMillan, 1999).

El trabajo focalizado con la familia, no es un aspecto menor, y es relevante intervenir con ella no solo como promotor de cambios, sino también desde las relaciones. Breinbauer (2006) señala que desde modelo de “Intervención para el desarrollo de relaciones” (DIR) se recalca la importancia de saber que la capacidad del niño/a de establecer una relación afectiva con padres/madres o cuidadores/as va a estar influenciada por las diferencias individuales del niño/a y los patrones relacionales del adulto. La misma autora sostiene que el entender los patrones relacionales que afectan la interacción del niño/a con sus padres/madres o cuidadores/as significativos es un aspecto decisivo para tener acceso a oportunidades de organizar los elementos del desarrollo que facilite el desenvolver conductas comunicativas más complejas.

Se desprende que la familia constituiría, entonces el punto de partida de las intervenciones, pues es desde allí que se desarrollarían pautas de relación y comunicación que puede influir en de qué manera el niño/a se vincula con otros. Breinbauer (2006) defiende la idea que el nivel de desarrollo del niño/a va a estar influenciado justamente por dichas diferencias individuales y el tipo de relaciones o interacción que el niño/a establece con sus padres/madres o cuidadores/as significativos, así como por patrones familiares y ambientales.

6.2.6. Importancia de la formación/especialización del o la psicoterapeuta e intensidad de la intervención

Todo este proceso de intervención requiere conocimientos teóricos y técnicos de parte de la persona a cargo de ella, ya que para llevar a cabo un proceso exitoso implica no solo conocer y poner en práctica técnicas psicoterapéuticas sino que involucra posicionarse desde una epistemología, actuando de acuerdo a un paradigma en específico que enmarca y constituye el marco de actuación del/la terapeuta.

Esta consideración es recurrente en los planteamientos de los modelos de intervención en niños/as con trastorno del espectro autista que fueron revisados, los que recalca la necesidad de formación específica, teórica y práctica continuada (Rubio, García y López, 2013), además de la competencia del equipo para llevar a cabo adecuadamente la intervención propuesta (Strain & Bovey, 2011).

En relación a la intensidad de la intervención, al contrario de lo que plantean la mayoría de los programas basado en modelos globales que proponen una intervención intensiva de una cantidad determinada de horas y días de la semana, el modelo “Experiencias de aprendizaje y programas alternativos para niños/as en edad preescolar y sus padres/madres” (LEAP), al contrario, propone otros parámetros al definir el ritmo de ésta y

que más bien guardan relación con la cantidad de oportunidades significativas que se presentan para que el niño/a, la funcionalidad de los objetivos propuestos, la selección del método, la competencia del equipo de trabajo, entre otros. Esta forma de pensar la intervención es más fin a la perspectiva en la que se sustenta este trabajo, pues así se demuestra la importancia de conocer al niño/a, comprendiendo y respetando sus ritmos naturales los que podrían estar condicionados a factores subjetivos y/o ambientales tales como: la calidad o etapa en la que se encuentra la construcción del vínculo con el tratante, capacidad de atención sostenida, nivel de colaboración, motivación con las actividades propuestas, características del ambiente físico, etc.

Se reitera constantemente en las propuestas de métodos de intervención como el “Análisis conductual aplicado” (ABA), en el “Modelo de experiencias de aprendizaje y programas alternativos para niños/as en edad preescolar y sus padres/madres” (LEAP) y en el “Modelo de comunicación social, regulación emocional y apoyo transaccional” (SCERT), el valor que posee la planificación y evaluación continua, esto es relevante pues permite reajustar objetivos, procedimientos e intensidad de apoyo. Es por ello que el/la terapeuta debe estar monitoreando los progresos del niño/a de modo adecuar los procedimientos y metas según sea necesario (Autism speaks, s.f.).

6.2.7. Importancia de la intervención temprana

Finalmente es importante destacar que existen acuerdos sobre lo determinante que constituye una entrada precoz a los programas de intervención. Fuentes et al. (2006) postula que la atención temprana puede modificar, en algunos casos, el mal pronóstico asociado a los trastornos del espectro autista. Por otro lado, Peydró y Rodríguez (2007) agregan que la detección, diagnóstico e intervención precoz incrementan las posibilidades de facilitar el desarrollo de parte del niño/a de habilidades como la imitación, la comunicación, etc., que le permitirán beneficiarse de las experiencias educativas.

Desde la perspectiva constructivista evolutiva la importancia de la intervención temprana radicaría en la necesidad de potenciar equilibraciones en los procesos de asimilación/acomodación que hagan de los esquemas cognitivos y afectivos formas más flexibles a futuro, aprovechando el estado de maduración del sistema nervioso, en términos de plasticidad cerebral, facilitando los procesos de acomodación de experiencias y de formas alternativas de significar e interpretar la realidad. Esto se traducirá en el desarrollo de base de formas más adaptativas de enfrentarse a las exigencias y conflictos del medio.

6.2.1. Intervención según áreas del desarrollo en psicoterapia constructivista evolutiva en niños y niñas con trastorno del espectro autista con base en modelos de intervención actuales.

Reiterando lo que se ha planteado en capítulos anteriores, en los trastornos del espectro autista el proceso de desarrollo cursa con alteraciones globales en sus distintas áreas funcionales tanto cognitiva, emocional, social y moral, siendo la raíz de los desequilibrios y dificultades en la adaptación del niño/a en relación a su medio (Sepúlveda y Capella, 2010. p.3).

Según lo revisado en la literatura, existen diferentes propuestas respecto a cómo intervenir y sobre qué áreas trabajar. No obstante, en la mayoría no se detalla desde qué epistemología comprenderlas y bajo qué paradigma se fundamentan. A continuación se desglosarán las áreas de desarrollo y sus alteraciones basado en el análisis realizado en el capítulo 4 de este trabajo, incluyendo dentro de dichas áreas algunas dimensiones que los modelos afirman son necesarias de ser intervenidas. Se propondrá una matriz y lineamientos de abordaje basados en principios del constructivismo evolutivo.

6.2.1.1. Área cognitiva

Como ya fue dicho, una característica importante que presentan estos niños/as es la marcada rigidez de esquemas cognitivos, en el que se observa notables alteraciones en el proceso de asimilación/acomodación, donde especialmente las dificultades en la acomodación constituyen la raíz de los desequilibrios y dificultades de adaptación. Esta alteración puede tener repercusiones en la capacidad de construir nuevos esquemas y organizar los previamente existentes en torno a nuevas informaciones. Estas limitaciones pueden tener implicancias en aspectos que, según lo revisado desde los modelos, son necesarios de abordar.

El trabajo en el desarrollo de la capacidad de integración de nuevas formas de significar las experiencias, de predecir y comprender el entorno físico y social con sus cambios, mediante la facilitación de los procesos de asimilación/acomodación, ayudaría, entre otras cosas, a enfrentar las dificultades de tolerar cambios del entorno (Prizant, Wetherby, Rubin & Laurent, 2007), así como lo que se conoce desde el “Modelo de desarrollo de relaciones” (DIR) como procesamiento relacional de la información, definido como la capacidad de poner las cosas en contexto y resolver problemas (Autism Speaks, 2006; Lampreia, 2007).

La intervención a este nivel del desarrollo cognitivo también puede tener impactos positivos sobre la flexibilidad del pensamiento lo que desde el “Modelo de desarrollo de relaciones” (DIR) se define como la capacidad de adaptación de acuerdo a las circunstancias que se presentan (Autism Speaks, 2006), además puede apoyar la descubierta y exploración de nuevos intereses, también apoya a mayores rangos la flexibilidad y ampliación del

repertorio conductual, además en la mejora en la autorregulación e interés en el mundo que lo rodea, elemento que según el Floortime es necesario de ser abordado (Autism Speaks, s.f.)

Como ya fue descrito con anterioridad, la característica más común de estos niños/as, es que permanecen anclados rígidamente en un estadio afectivo e intelectual que Piaget denominaba mágicoanimista o intuitivo-simbólico en el que el pensamiento y el razonamiento se rigen por mecanismos prelógicos (Pombo, 2005). En este sentido, en niños/as con trastorno del espectro autista las alteraciones de la función semiótica puede reflejarse con la ausencia de juego simbólico, que es un aspecto que es reiteradamente tratado como un aspecto necesario de ser desarrollado (Diaz, Lopez & Jimenez, 2011; Etchepareborda, 2001; 2005 citado en Mulas et al., 2010; Autism Speaks, s.f.), por lo mismo, formas de representación internas también se encuentran ausente, además existen dificultades en coordinar nuevos esquemas con los previos, lo que se traduce una fijación en estas etapas previas del desarrollo. Por lo tanto, apuntar al logro de equilibraciones de las estructuras psíquicas, permitirán el paso a un estadio de complejidad superior a través del funcionamiento exitoso de los mecanismos de asimilación y acomodación (Piaget, 1978).

Para que ello sea posible, es importante primariamente el trabajo con el/la paciente sobre las estructuras cognitivas que caracteriza su estadio de desarrollo actual, y dado que los niños/as con trastorno del espectro autista su funcionamiento se basa en un marcado egocentrismo con dificultades de reconocer al otro -incluyendo al terapeuta-, es necesario un trabajo arduo en la construcción de estructuras más flexibles que permitan su ajuste a la realidad y, consecuentemente un mejor proceso psicoterapéutico.

6.2.1.2. Área social y afectiva

El núcleo de las alteraciones en esta área de desarrollo radica sobre todo en las dificultades en procesos de descentramiento, o sea, en el estancamiento del movimiento evolutivo del egocentrismo a la descentración (Sepúlveda, 2013). Lo que se refleja en el ámbito de las relaciones interpersonales a través de severas alteraciones cualitativas en la interacción social con carencia de contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social (American Psychiatric Association, 2002).

Existe un consenso en la literatura sobre la necesidad de abordaje especialmente en el ámbito de comunicación y lenguaje (Etchepareborda, 2001;2005 citado en Mulas et al., 2010; Diaz, Lopez & Jimenez, 2011; Lampreia, 2007; Prizant, et al., 2007; Prizant et al., 2000; Salvadó et al., 2012) así como en habilidades sociales que incluyan, entre otros aspectos la atención conjunta, imitación, interacción recíproca, e iniciativa a la interacción (Etchepareborda 2001; 2005 citado en Mulas et al., 2010), elementos que pueden tener implicancias sobre la sociabilización (Autism Speaks, s.f.; Diaz, Lopez & Jimenez, 2011) y las relaciones sociales en términos amplios (Lampreia, 2007), lo cual incluye la necesidad del niño/a de saber tomar puntos de vista y perspectivas (Etchepareborda, 2001; 2005 citado en Mulas et al., 2010).

Estos obstáculos en el desarrollo igualmente puede guardar relación con la rigidez de esquemas cognitivos traducidos en problemas de cognición social, por lo tanto en dificultades de integración a grupos (Sepúlveda, 2013). El trabajo dirigido a objetivos que apunten al movimiento evolutivo hacia la flexibilización y al descentramiento tendrá también impactos positivos sobre las funciones psicológicas que componen esta área de desarrollo. Por otro lado, el niño/a con esta condición se mueve en un mundo de significados restringidos, la noción de lo real está solo vinculado a lo concreto, donde la lógica a nivel abstracto no está presente, esto se evidencia, sobre todo, en las dificultades de comprensión de códigos, usos sociales, y elementos no verbales y paraverbales del lenguaje por lo que la transición evolutiva desde lo concreto hacia lo abstracto también se hace necesaria de abordar.

El trabajo hacia la descentración facilitaría la toma de perspectiva social y de inferencias acerca de la acción de distintas personas lo que permitirá gradualmente el reconociendo de diferencias en la perspectiva interindividual, así como la incorporación de normas que regulen el comportamiento grupal. Reconociendo estas nociones, desde el modelo de “Desarrollo de relaciones” (DIR) se propone el fortalecer la coordinación social de manera poder reforzar la capacidad de observar y regular el propio comportamiento a fin de participar con éxito en las relaciones sociales (Autism Speaks, 2006).

Un aspecto a rescatar del modelo “Floortime” es el énfasis en la formación de relaciones personales fortaleciendo gradualmente los cimientos de las conexiones sociales, ya que esto llevaría a la capacidad de formar un vínculo emocional y compartir experiencias con otros (Greenspan & Wieder, 2006 citado en Breinbauer, 2006). Lampreia (2007), en este sentido, refiere la importancia de promover la reciprocidad socioemocional, aspecto que el modelo de “Comunicación social, regulación emocional y apoyo transaccional” (SCERTS) señala como un objetivo también a ser alcanzado.

Para que estos procesos sean posibles, ya se ha mencionado la importancia de contar con la colaboración de las personas que conforman el medio social del niño/a. Una de las estrategias que propone del modelo antes mencionado, de es de ayudar a los pares a responder a las necesidades y los intereses del niño/a (Prizant, Wetherby, Rubin & Laurent, 2007), así como profesores/as y padres/madres, reforzando la idea que éstos actuarían como promotores de modelos de comportamiento social otorgando oportunidades de interacción (Dawson y Osterling, 1997 citados en Lampreia, 2007).

Esto promueve avances paulatinos en la capacidad de integración de otros y de sí mismo, así como de poder comprender, calificar, categorizar y valorar sus cualidades personales como particulares y distintivas en relación a las de los demás. Esto abre posibilidades de que el sujeto con menor compromiso funcional pueda desarrollar, reconocer y desempeñar roles en distintos ámbitos sociales: laboral, familiares, académicos, etc.

Se considera importante agregar como consideración lo que Greenspan & Wieder (2006 citados en Breinbauer, 2006), sostienen desde el modelo de “Desarrollo de relaciones”

(DIR) sobre el afecto y las emociones las cuales tendrían papel preponderante para la consecución de habilidades de desarrollo involucradas en la organización de la intención comunicativa, de comportamientos sociales complejos y en el desarrollo de habilidades cognitivas que permitan el acceso a ideas simbólicas y pensamiento lógico, por lo que según esta perspectiva el área emocional debiera ser prioridad al pensarse una intervención.

Algunos puntos de interés a mencionar en la intervención que este modelo propone son, por un lado, la referencia emocional que consiste en el desarrollo de la capacidad de aprender de las experiencias emocionales y subjetivas de los demás (Autism Speaks, 2006), por otro lado, se encuentran las ideas emocionales que alude a la capacidad del niño/a de representar ideas y emociones mediante comunicación gestual compleja que influye en el desenvolvimiento de habilidades de representación mediante el juego simbólico en el que se expresan ideas, deseos y emociones, y por último el pensamiento emocional, cuyo desarrollo facilita la construcción de puentes lógicos que otorga causalidad y coherencia a las ideas, base del pensamiento emocional y de la capacidad de diferenciar fantasía de realidad (Breinbauer, 2006).

Es importante el trabajo sistemático con el niño/a con trastorno del espectro autista que promueva la integración del otro al sí mismo mediante el movimiento hacia la descentración a fin de mejorar el reconocimiento y diferenciación de emociones propias y de otros, pues esto último podría explicar en parte la dificultad en el desarrollo de sentimientos interindividuales, así como la empatía, la culpa y el respeto. Dicho sea de paso, un aspecto no menor, es la necesidad de facilitar el movimiento evolutivo hacia el control de impulsos, así como de límite interpersonales y procesos de autorregulación, condiciones que están a la base de las normas implícitas que regulan las relaciones sociales.

6.2.1.3. Área moral

Es relevante mencionar aquí que ninguno de los modelos revisados hace alusión explícita al trabajo focalizado al área moral del desarrollo. Sin embargo, de todas maneras se hará una referencia sobre ello en este apartado.

Las intervenciones sobre esta área del desarrollo deberían estar enfocadas a las problemáticas centrales que los niños/as con trastorno del espectro autista presentan respecto a las distintas áreas de desarrollo ya descritas, pues progresos en tales niveles podría tener implicancias en el desarrollo de la conciencia de sí en un mundo compartido dotado de normas de grupo consensuadas cuyos cimientos descansan en relaciones de cooperación, respeto y adherencia de los miembros a dichas normas.

Aspectos a desarrollar para este fin, son el movimiento de la rigidez a la flexibilización de esquemas cognitivos, así como el paso desde el egocentrismo al descentramiento, con la integración y el reconocimiento del otro que posibilite la toma de perspectiva y la coordinación de puntos de vistas, además del desarrollo de la capacidad de controlar

impulsos y la conciencia de límites impuestos, también es importante facilitar la transición evolutiva hacia una visión objetivadora del mundo, ya que las fallas en los procesos de asimilación/acomodación en estos niños/as provocan desequilibrios que hace que predomine la asimilación, limitando la construcción de una realidad objetivadora, ya que en los esquemas del niño/a no se logran acomodar aspectos de la realidad externa por lo que no logra comprenderla como parte del él o ella.

Si el niño/a no ha logrado dichas condiciones implicadas en estos movimientos evolutivos éste se verá sobre demandado en un mundo que exige reconocimiento y reciprocidad mutua, aspecto representado en relaciones de cooperación y respeto que exige capacidad de autorregulación y reconocimientos de límites. Esto permitirá que el sujeto reconozca lo que pertenece a las leyes objetivas, de lo que está referido a sus condiciones subjetivas (Borja, 2007).

En síntesis, el trabajo con niños/as con trastorno del espectro autista constituye un reto para psicoterapeutas infanto-juveniles, ya que exige el conocer a cabalidad de qué manera se organizan las distintas áreas de desarrollo del niño/a en sus formas psicopatológicas en términos estructurales y como parte de un todo integrado que determinará el funcionamiento psíquico del niño/a. La comprensión de este aspecto entregará luces de cómo dirigir y hacia donde orientar la intervención psicoterapéutica en términos de objetivos y las metas o movimientos evolutivos a desarrollar para lograr mayores grados de equilibrio y con ello conseguir mejoras en la adaptación del niño/a.

6.2.1.4. Otras áreas de desarrollo: Intervención multidisciplinaria.

Hasta ahora se han revisado aspectos relacionados a áreas del desarrollo en el ámbito de especialización de la psicología. No obstante el trabajo interdisciplinario de atención es relevante cuando el objetivo es el tratamiento integral contemplando otras áreas que tiene relación con el desarrollo del niño/a y el ámbito de su familia. Para ello es necesario contar con un equipo adecuadamente coordinados con la atención primaria que ejecute las últimas fases del proceso de diagnóstico, definiendo el perfil de cada caso e implementando programas de tratamiento específico (Charman & Baird, 2002, citados en Cabanyes & García, 2004).

Siendo así, según afirma Breinbauer (2006) cobra relevancia el contar con una intervención multidisciplinaria para dar respuesta a los requerimientos de cada niño/a. Para que de esta manera se logre abordar las áreas funcionales de la vida en las que necesite apoyo profesional.

Un aspecto reiterado que referido a áreas a tratar, fue el de lenguaje y comunicación, que constituye un aspecto central en las alteraciones que presentan los niños/as con trastorno del espectro autista. Esta área puede ser apoyada por fonoaudiólogos/as en habilidades referidas al lenguaje receptivo y lenguaje expresivo (Diaz, Lopez & Jimenez,

2011), al desarrollo de competencia y confianza personal en la comunicación social (Prizant, Wetherby, Rubin & Laurent, 2007), a habilidades de iniciación comunicativa (Prizant, Wetherby & Rydell., 2000), a la comunicación gestual compleja, a la comunicación intencional de ida y vuelta (Breinbauer, 2006) y a la comunicación simbólica y sociopragmática (Lampreia, 2007).

Dentro de los métodos de intervención revisados, se menciona la importancia de desarrollar habilidades funcionales adaptativas para alcanzar mayor responsabilidad e independencia (Autism Speaks, s.f.; Etchepareborda 2001; 2005 citado en Mulas et al., 2010). En estos aspectos la terapia ocupacional puede intervenir favorablemente mediante la mirada de las ciencias de la ocupación. Además de ello, esta disciplina puede tener injerencias en lo que respecta a estrategias de autocuidado, uso del tiempo libre, juego, ocio y educación. En general facilitando el desarrollo de estrategias que les facilite el desenvolverse de la forma más significativa, productiva e independiente posible, fomentando la autonomía personal en las distintas áreas de desempeño ocupacional.

La intervención en aspectos de desarrollo psicomotor ha sido mencionado en algunos modelos como un aspecto importante a ser tratado, esto puede estar a cargo de kinesiólogos/as, terapeutas ocupacionales o profesores/as de educación física, en lo que respecta al trabajo en habilidades ligadas a la motricidad fina, motricidad gruesa (Diaz, Lopez & Jimenez, 2011) y de planeamiento motor (Lampreia, 2007). Por otro lado, nuevamente la terapia ocupacional puede contribuir en intervenciones especializadas con enfoque en el tratamiento de déficits sensoriales ligados a la modulación y el procesamiento (Lampreia, 2007) mediante la teoría de la integración sensorial (Ayres, 1989).

En el ámbito académico, los educadores/as son los/las especialistas en desarrollar las áreas cognitivo-académicas y habilidades de destreza escolares, según grado o nivel de desarrollo y compromiso intelectual, así como de implementación de acciones que apoyen procesos de inclusión escolar coordinadamente con el resto del equipo interdisciplinario.

Otras áreas a tratar desde la neuropsicología podría encontrarse las de desarrollo de de funciones ejecutivas (planificación, programación, anticipación, autocorrección, etc.). (Etchepareborda, 2001; 2005 citado en Mulas et al., 2010), habilidades atencionales que puede verse interferida por dificultades en la modulación atencional (Pascualvaca et al., 1998), en la memoria declarativa o memoria operativa en tareas que exigen altas demanda de integración de información, que puede reflejarse en dificultades a la hora de almacenar gran cantidad de datos o hacer uso de información compleja, abstracta y secuencial, como es el caso de comprender textos (Benneto, Pennigton& Rogers, 1996; Dawson, 1996; O'Shea y cols., 2005 citados en Uribe, 2010), de percepción visual que subyace a la comprensión social, en la medida que las expresiones faciales, gestos y otros tipos de movimientos biológicamente animados e inanimados constituyen claves para acceder e interpretar información social (Uribe, 2010), así como de otras funciones neurocognitivas implicadas en la mejora de la funcionalidad del niño/a en su vida diaria y en relación a su medio.

Además contar con la presencia de otros profesionales de la salud como médicos neurólogos y psiquiatras que realicen el diagnóstico precoz de esta patología haciendo las respectivas derivaciones e indicaciones para la familia sobre el plan de tratamiento terapéutico y medicamentoso caso fuera necesario, que en conjunto con las demás especialidades coordinen las intervenciones que requiera cada caso, haciendo seguimientos y citaciones a control. Pueden también integrarse al equipo médicos pediatras que realicen control de la salud del menor indicando exámenes y derivaciones.

Por último, es importante contar con asistentes sociales que hagan el seguimiento del contexto psicosocial donde se desenvuelve el niño/a determinando factores de riesgo y protectores. Estos aspectos del ambiente del niño/a pueden impactar considerablemente en el pronóstico del tratamiento y evolución del cuadro. La función de esta especialidad puede tener relación con el otorgamiento de asignaciones, gestión de redes de apoyo, además de pesquisar situaciones de vulneración de derecho, situaciones de maltrato, abuso, entre otros. Estos profesionales pueden, junto al psicólogo/a, otorgar apoyo y contención emocional a la familia en relación a sus procesos de duelo, reorganización y adaptación ante la condición de su hijo/a.

El abordaje integral al paciente en todos sus niveles es fundamental si pensamos en el niño/a más allá de sus funciones psicológicas o biológicas, una intervención será efectiva no solo al considerar los elementos técnicos puesto en servicio de la psicoterapia, sino con la capacidad de coordinación con otros profesionales -médicos, terapeutas ocupacionales, kinesiólogos, fonoaudiólogos, asistentes sociales, educadores, nutricionistas, etc.- que aborden todas las demás dimensiones de su vida, las cuales deben recibir igualmente una atención oportuna y pertinente en pos de la calidad de vida de él o ella y su familia.

Conclusiones y discusiones

Estudios epidemiológicos actuales han evidenciado un aumento considerable en la incidencia de los trastornos del espectro autista en la población infantil a nivel transversal en diversas comunidades y en niños/as proveniente de diferentes orígenes étnicos (CDC, 2013). Este fenómeno ha llamado la atención de los/las profesionales de la salud que se desenvuelven en contextos clínicos enfocados a la entrega de servicios dirigidos a la población infanto-juvenil y ha implicado el aumento de la demanda de especialización de parte de los equipos de salud mental en temáticas relacionadas al diagnóstico temprano, a tratamiento – sintomatológico y comorbilidades-, así como en relación a otras necesidades que surgen de parte de sus familias.

Los trastornos del espectro autista conforman una entidad nosológica compleja que ha desafiado históricamente a psicólogo/as y otras especialidades, en cuanto a la comprensión sobre qué mecanismos psíquicos subyacen al funcionamiento mental del niño/a o adolescente que porta esta condición. A razón de ello, se han movilizados esfuerzos en la búsqueda de respuestas a esta interrogante desde diversas corrientes de la psicología, con el fin de no sólo de plantear explicaciones que esclarezca aspectos relacionados al origen de los déficits autísticos, sino también para generar estrategias de intervención que facilite los procesos de adaptación del niño/a a entorno, y viceversa.

Numerosos métodos de abordaje se han desarrollado e implementado para la atención del niño/a con trastorno del espectro autista, incluyendo dentro de esta gama las intervenciones biológicas o farmacológica y las de tipo psicoeducativas (Salvadó, 2012). Estas últimas integran en términos genéricos, modelos y prácticas de abordaje multidimensional del niño/a en contextos clínicos, familiar y escolar. Estos modelos, como se ha podido concluir tras la revisión de la literatura, han tenido gran aceptación y se han validado como métodos de abordaje idóneo para facilitar el desarrollo de habilidades específicas en el área comunicacional, socio-emocional, perceptiva y motora en niños/as que presentan trastorno del espectro autista.

Vale recordar que la presentación de estos cuadros se organiza entorno a la noción de espectro, pues la manifestación semiológica de éstos puede variar sustancialmente entre un sujeto y otro, impactando consecuentemente en distinto grado sobre la funcionalidad y capacidad de adaptación del sujeto a su medio social, familiar, escolar, entre otros. Este aspecto supone diferencias sustanciales al momento de plantear estrategias de intervención, ya que exige de parte del/la profesional un conocimiento exhaustivo del niño/a en relación a su perfil evolutivo en todas sus áreas, así como de las características de los contextos en los que se desenvuelve.

Al pensar en los trastornos del espectro autista como una alteración del neurodesarrollo con compromiso global de las distintas áreas psicológicas, obliga

primeramente a analizar de qué manera dicho desarrollo está organizado tanto a nivel estructural, como funcional. De modo comprender al niño/a en todas estas dimensiones, las cuales condicionarán el cómo el niño/a se desenvuelve, interactúa y responde a las diferentes demandas que experimenta.

El desarrollo planteado desde un marco constructivista evolutivo, como ya se ha hecho mención, puede ser entendido como un movimiento no lineal hacia niveles de mayor complejidad, en el que existe integración de elementos críticos de estadios previos entorno a una organización más coordinada que evoluciona progresivamente (Sepúlveda y Capella, 2010). Este proceso trae consigo la idea de construcción como mecanismo básico, que lleva a mayores rangos de flexibilidad con fases de adquisiciones y maduración de las funciones psicológicas donde el sujeto participa de manera activa (Piaget, 1986).

Desde este punto de vista los síntomas en los trastornos del espectro autista deben también ser comprendidos y tratados desde una perspectiva del desarrollo. La psicopatología, entonces, será producto de un desvío del curso evolutivo considerado normal (Wenar, 1994; Cicchetti, 1984; Sourfe y Rutter, 1984, Cicchetti y Toth, 2009, citados en Sepúlveda y Capella, 2010).

Los procesos de perturbación constituyen el motor del desarrollo obligando al sistema a ajustarse y acomodar nuevas informaciones y experiencias, sin embargo debido a que existe dificultades en el doble proceso de asimilación/acomodación, primando la asimilación por sobre la acomodación, se produce que dichas perturbaciones o desequilibrios que debiese ser transitorios se mantengan constante, lo que produce que las transiciones evolutivas no se logren y que el niño/a permanezca estancado en etapas previas pre-lógicas caracterizada por una extremada la rigidez y egocentrismo.

Es debido a la noción de construcción y de la experiencia como un promotor de cambio, junto al papel central que se le otorga al desarrollo, la psicoterapia constructivista evolutiva, como paradigma y su posicionamiento epistemológico, constituye un abordaje válido para el tratamiento de la sintomatología asociada a los trastornos del espectro autista, cuyos planteamientos respecto a la organización del desarrollo son congruentes para comprender los procesos psicopatológicos ligados a este trastorno.

Es importante considerar, que aunque la perspectiva que se tiene de la persona, del desarrollo y del proceso de psicoterapia desde el enfoque constructivista evolutivo la haga idónea para el abordaje de los déficits asociados a dicha patología, son igualmente legítimas otras formas de intervención que se expresan en la literatura y que han sido utilizadas masivamente para el desarrollo de habilidades específicas en áreas de funcionamiento determinadas.

Por lo tanto, a pesar de que sean abordajes distintos no son por ello excluyentes, al contrario pueden ser posibles de combinar para alcanzar metas en común; la mirada desde la psicoterapia que se ha postulado hasta el momento aporta con el posicionamiento epistémico y con el marco para la intervención derivado de la comprensión de la psicopatología evolutiva,

por su parte desde los otros modelos revisados se proponen los ejes a trabajar para la mejora del niño/a de manera contextualizada, no solo en contexto clínico, sino que en otros ámbitos en el que se desenvuelve el niño/a. Ejes que dicen relación al tipo de método-naturalista o estructurado- a ser utilizado, al nivel de estructuración del ambiente, al grado de participación de padres/madres, profesores/as y pares, a la intensidad de la intervención en número de horas, a la consideración del estadio evolutivo del niño/a, así como de las habilidades posibles de fortalecer o desarrollar, entre otros.

Por lo tanto, la psicoterapia constructivista evolutiva es flexible en integrar otras perspectivas como directriz para nutrir sus prácticas de intervención, ofreciéndose como marco de referencia a seguir, incluyendo y adaptando en su proceso de alcances de objetivos, diferentes cualidades provenientes de otros modelos de intervención que pese a su diversidad de perspectivas y de metodologías de abordaje resultan pertinentes de ser incorporadas.

Se extrae de esto, que no existe sólo una forma de intervención y que ningún método se ha consagrado como el único capaz de obtener mejoras en la funcionalidad del niño/a con trastorno del espectro autista, la persona es un ser multidimensional que trae consigo la complejidad de ser un sistema integrado, donde cada nivel no puede ser abstraído del otro y quien además posee un perfil distintivo con características propias que la hace cualitativamente distinta a otra persona. Por lo tanto, mientras mayor la diversidad de opciones con las que se cuenten se mejora el alcance de las posibilidades de la terapia y se dispone de alternativas para ir moldeándola según los requerimientos de la persona, el ambiente y la problemática que presenta.

Es importante, en este sentido, no perder de vista que la persona es un sistema cambiante, y que si bien está condicionada a su base biológica, también depende de los efectos de sus experiencias (Wenar, 1994). Esta noción es clave al pensar en niños/as con trastorno del espectro autista, ya que pese al sustrato neuropatológico a la base de sus alteraciones, la psicoterapia es un recurso eficiente para facilitar las posibilidades de alcanzar niveles de desarrollo más equilibrados con los consecuentes avances en los movimientos evolutivos.

Otro aspecto importante es la consideración de que el logro de los objetivos de terapia no solo está subordinado al/la psicoterapeuta, sino que debe contar con el apoyo de su medio social más inmediato y que pueda dar continuidad a la intervención prolongando en el tiempo las acciones que la terapia solo podrá otorgar en un tiempo limitado. En esta área se incluye a la familia y/o cuidadores/as, quienes son los principales aliados del psicoterapeuta, cuya participación activa constituye un predictor del pronóstico de la terapia. De la misma forma, se considera como parte del ambiente social del niño/a la comunidad escolar en general, contar con ellos/as también no solo se asegura que los objetivos de la intervención se logren, sino que también que se potencien y prolonguen en tiempo. Incluir a personas significativas para el niño/a con trastorno del espectro autista en su proceso, se concreta el supuesto de que el ambiente y el sujeto se influencia mutuamente, y que juntos deben darse instancia de acomodación mutua (Gándara, 2007), a fin de generarse cambios de manera bilateral que colaborativamente se construya un contexto de bienestar compartido.

Siguiendo la misma línea, el/la psicoterapeuta no solo necesita el trabajo en conjunto con la familia y el contexto escolar, sino que debe contar con la participación de otros profesionales que dentro de su área de especialidad apoyen el tratamiento en otros nivel más allá de lo psicológico, sino también médico-farmacológico, psicosocial, fonoaudiológico, etc. Esta consideración hace parte del pensar a la persona en términos holísticos –en sus dimensiones biopsicosociales- y como una totalidad, donde cada nivel es interdependiente y que poseen la misma importancia, por lo que la atención a cada uno de sus aspectos mejorarían las condiciones que son necesarias para que el niño/a se desarrolle de una manera plena posibilitando un adecuado estado salud y bienestar propio y familiar.

Debe existir de parte del/la terapeuta, por lo tanto, la capacidad de analizar y considerar al paciente en todas estas dimensiones, esto a fin de planear junto al equipo la estrategia terapéutica más adecuada, reconociendo los contextos en los que el sujeto se desenvuelve, identificando factores protectores y de riesgo que podrían favorecer o entorpecer el alcance de los objetivos terapéuticos, así como reconocer figuras claves que podrán dar secuencia a las acciones que se implemente reforzando habilidades adquiridas y de las nuevas formas de relacionarse con otros que el niño/a vaya desarrollando.

Pasando a otro plano, se considera relevante enfatizar en la importancia de la intervención temprana a fin de dar respuesta a las necesidades que el niño/a y su entorno presentan, además se ha evidenciado que mientras más precoz sea el tratamiento, se conseguirán mejores resultados terapéuticos (National Research Council, 2001). Desde la perspectiva constructivista evolutiva, la necesidad de una intervención temprana se podría explicar desde la noción de que los esquemas cognitivos de niños/as aún están de desarrollo y se pueden intervenir sin que exista aún una extrema rigidización que dificulte aún más los procesos de asimilación/acomodación de nuevas experiencias que el niño/a pueda integrar.

En relación a esta necesidad de intervención temprana, se hace necesario que el psicólogo/a conozca opciones de derivación que complementen su actuar, sea a la red de salud públicas o privadas que cuenten con la implementación de programas especializados, fundaciones sin fines de lucro u organizaciones no gubernamentales (ONG) que presten este servicio a nivel interdisciplinario y que entreguen apoyo individual y familiar. Cabe mencionar aquí la necesidad de no apenas limitarse a la atención temprana, sino también dirigir acciones con miras a brindar apoyo a lo largo del ciclo vital otorgando posibilidades futuras de intervención prevocacional y colocación laboral.

Por otro lado, el/la psicoterapeuta debe también ser flexible y abierto a conocer e integrar elementos que complementen su actuar derivados de otros modelos y prácticas que han mostrado ser efectivas, incluso incorporando estrategias novedosas que se han utilizado como coadyuvante en el tratamiento de déficits asociado a trastornos del espectro autista como la terapia asistida con animales (TAA), musicoterapia, terapias florales, entre otras.

Asimismo, el especialista debe ser capaz de trabajar en equipos interdisciplinarios coordinándose con otros profesionales a fin de dar atención a las diversas necesidades a nivel

de salud física y mental del paciente. Sin olvidar a los padres/madres y/o cuidadores/as que constituyen su soporte fundamental, por lo que atenderlos y acogerlos emocionalmente, ayudándolos a elaborar sus procesos de duelo, reorganizarse y lidiar con situaciones de estrés se hace fundamental para contribuir a su salud y calidad de vida.

En síntesis, es importante concebir al sujeto de manera integral contemplando todas las dimensiones que engloban su desarrollo evolutivo, entendiendo que sus áreas tanto cognitivas, emocionales, sociales y morales son interdependientes y se hayan en una constante interrelación. El pensar en una intervención con niños/as con trastorno del espectro autista se hace aún más necesario integrar esta noción, pues como se ha dicho, esta condición trae asociada un desbalance general en todas éstas áreas con presencia de desequilibrios persistentes. La psicoterapia constructivista evolutiva, en este sentido, respondería de manera pertinente a la necesidad de entender e intervenir desde el desarrollo del niño/a, considerando a éste o ésta como sujeto activo en la construcción de su realidad, logrando por medio de la intervención psicológica facilitar nuevas posibilidades de significación de experiencias y de relacionarse con el mundo que contribuyan en definitiva a mejoras en su bienestar vital.

Finalmente, es importante hacer mención que el rol del psicólogo/a debiera trascender el ámbito puramente clínico para constituirse también como un agente social que pueda aliarse a iniciativas que favorezcan procesos de cambios sociales que permitan el desarrollo de condiciones de inclusión que garantice el derecho a la participación en los diversos ámbitos de la vida social -sobre todo educacional y laboral- de parte de las personas que portan no solo trastornos del espectro autista, sino también, cualquier otra psicopatología o condición que puedan producir discapacidad, a fin de hacer valer el derecho fundamental de todo ser humano de sentirse parte de su sociedad, aspecto que sin duda también contribuiría al desarrollo de la persona, con impactos ya sea directos o indirectos en sus diversas áreas y dimensiones psicológicas.

Referencias bibliográficas

- Albores, L., Hernández, L., Díaz, J.M. & Cortes, B. (2008). Dificultades en la evaluación y diagnóstico del autismo. Una discusión. *Salud Mental*, 31(1), 37-44.
- Ale, M.B. (2010). *Tratamiento A.B.A. aplicado a los Trastornos del Espectro Autista*. Tesina de Grado no publicada. Universidad de Belgrano, Buenos Aires, Argentina
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th Edition (DSM-5)*. Recuperado de: http://www.ebook3000.com/Diagnostic-and-Statistical-Manual-of-Mental-Disorders-5th-Edition--DSM-5_200927.html
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2002) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4ta. Edición Revisada (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson.
- Autism Speaks. (s.f.). *Interventions and Treatment Options*. Recuperado de <http://www.autismspeaks.org/family-services/tool-kits/asperger-syndrome-and-high-functioning-autism-tool-kit/interventions-and-t>
- Autismo Burgos. (s.f). *Manual de apoyo para la detección de los trastornos del espectro autista*. Recuperado de: http://www.autismoburgos.org/dmdocuments/deteccion_trastornos.pdf
- Ayres, A.J., (1989) *Sensory Integration and Praxis Test*. Los Angeles: WPS
- Bendersky, B. (2004) *Perspectiva psicogenética: revisiones de algunos conceptos básicos*. Buenos Aires: Ed. Manantial.
- Borja, M.F., 2007. *Importancia de la expresión dramática en el desarrollo cognitivo de los niños y niñas entre los 5 y 6 años de edad*. Tesis previa a la obtención del título de licenciada en ciencias de la educación mención parvularia. Universidad Politécnica Salesiana, Ecuador.
- Breinbauer, C. (2003). *Trastornos generalizados del desarrollo o "del espectro autista"*. En: Almonte, C., Montt, M., Correa, A. *Psicopatología Infantil y de la Adolescencia*. Santiago: Ed. Mediterráneo.
- Breinbauer, C. (2006). *Fortaleciendo el desarrollo de niños con necesidades especiales: Introducción al Modelo DIR y la terapia Floortime o Juego Circular*. Recuperado de: <http://www.ipse-sm.com.ar/fortaleciendo-el-desarrollo-de-ninos-con-necesidades-especiales-introduccion-al-modelo-dir-y-la-terapia-floortime-o-juego-circular-118.html>
- Bruner, J. (2001). *Desarrollo cognitivo y educación*. Madrid: Morata.

- Buitelaar J.K. & van der Gaag R.J. (1998). Diagnostic Rules for Children with PDD-NOS and Multiple Complex Developmental Disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39(6), 911-919.
- Cabanyes, J. & García, D. (2004) Identificación y diagnóstico precoz de los trastornos del espectro autista. *Revista de Neurología*, 39, 81-90.
- Calderón, L., Congote, C., Richard, S., Sierra, S., & Velez, C. (2012). Aportes desde la teoría de la mente y de la función ejecutiva a la comprensión de los trastornos del espectro autista. *Revista CES Psicología*, 5(1), 77-90.
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2013). *Los CDC calculan que 1 de cada 88 niños en los Estados Unidos ha sido identificado con un trastorno del espectro autista* [Comunicado de Prensa]. Recuperado de: http://www.cdc.gov/spanish/CDC_servicio/2012/p0330_autista.html
- Cuxart, F. (2000). *El autismo: aspectos descriptivos y terapéuticos*. Málaga: Aljibe
- Dawson, G. & Burner, K (2011). Behavioral interventions in children and adolescents with autism spectrum disorder: a review of recent findings. *Current Opinion in Pediatrics*; 23,616-20.
- Dawson, G., Jones, E., Merkle, K., Venema, K., Lowy, R., Faja, S.; Kamara, D., Murias, M., Greenson J., Winter, J., Smith, M., Rogers, S. & Webb (2012). Early behavioral intervention is associated with normalized brain activity in young children with autism. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 51(11), 1150-9.
- Dawson, G., Rogers, S., Munson, J., Smith, M., Winter, J., Greenson, J., Donaldson, A., & Varley, J. (2010, enero). Randomized, Controlled Trial of an Intervention for Toddlers With Autism: The Early Start Denver Model. *Pediatrics*, 125(1)17-23.
- Diaz, J., Lopez, Y., & Jimenez, P. (2011). Etiología, diagnóstico y modalidades terapéuticas del trastorno de Asperger. *Duazary Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*, 51-59.
- Fisher, W.W., Groff, R.A., & Roane, H.S. (2011). *Applied behavior analysis: History, philosophy, principles, and basic methods*. In W.W. Fisher, C.C. Piazza, & H.S. Roane (Eds.), *Handbook of Applied Behavior Analysis* (pp. 3-17). New York, NY: Guilford Press.
- Fondo Nacional de la Discapacidad (2004). Primer estudio nacional de la discapacidad en Chile. Recuperado de: http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/encuestas_discapacidad/discapacidad.php

- Fuentes, J., Ferrari, M. J., Boada, L., Touriño, E., Artigas, J., Belinchón, M., & Posada, M. (2006). Guía de buena práctica para el tratamiento de los trastornos del espectro autista. *Revista de Neurología*, 43 (7), 425-438.
- Gándara, S. (2007). Principios y estrategias de intervención educativa en comunicación para personas con autismo. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*; 27(4), 173-186.
- González, N. (2011). *Psicopatología evolutiva desde la perspectiva constructivista piagetiana, en adolescentes de 14 y 15 años*. Tesis para optar al grado de magister en psicología, mención psicología clínica infanto-juvenil. Universidad de Chile.
- Greenspan, S., & Wieder, S. (2006). *Engaging Autism: The Floortime Approach to helping Children Relate, Communicate and Think*. Cambridge, MA: Da Capo Perseus Books.
- Gresham, F., Beebe-Frankenberger, M., & MacMillan, D. (1999). A selective review of treatments for autism: Description and methodological considerations. *School Psychology Review*, 28, 559-575.
- Gutman, S., Raphael, E., Ceder, L., Khan, A., Timp, K. & Salvant, S. (2010). The Effect of a motor-based, social skills intervention for adolescents with high-functioning autism: two single-subject design cases. *Occupational Therapy International*, 17(4), 188-197.
- Hume, K., Boyd, B., McBee, M., Coman, D., Gutierrez, A., Shaw, E., Sperry, L., Alessandri, M., & Odom, S. (2011). Assessing implementation of comprehensive treatment models for young children with ASD: Reliability and validity of two measures. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5(4), 1430-1440.
- Irarrázaval, M.A., Brokering W., Murillo, G.A. (2005). Autismo: una mirada desde la psiquiatría de adultos. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 43(1), 51-60.
- Ivey, A. (1990). *Developmental Therapy*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Kegan R. (1982). *The evolving self, problem and process in human development*. EEUU: Harvard University Press.
- Kohlberg, L. (1992). *Psicología del desarrollo moral*. Bilbao: Desclée de Brouber
- Kohlberg, L. (1981). *Ensayos sobre el desarrollo moral, vol. I: La Filosofía del Desarrollo Moral*. San Francisco, CA: Harper & Row Pubs.
- Lampreia, C. (2007). A perspectiva desenvolvimentista para a intervenção precoce no autismo. *Estudos de Psicologia*. 24(1) 105-114
- Leech, G. (1983). *Principles of Pragmatics*. London: Pearson Education.
- Lösche, G. (1990). Sensorimotor and action development in autistic children from infancy to early childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31(5), 749-761

- Lovaas, O. (1987). Behavioral treatment and normal educational functioning in young autistic children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(1), 3-9.
- Maciques, E. (2013). *Desarrollo infantil y particularidades en los TEA Parte III*. Recuperado de: <http://autismodiario.org/2013/01/29/desarrollo-infantil-y-particularidades-en-los-tea-parte-iii/>
- Mahoney, M. J. (1991). *Human change processes: the scientific foundations of psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Martos, J. (2006). Autismo, neurodesarrollo y detección temprana. *Revista de neurología*, 42(2), 99-101.
- Martos, J. (2008, abril). *Aspectos prácticos de la intervención en personas con TEA en contextos familiares, educativos y de ocio y tiempo libre*. Trabajo presentado en la I Jornadas Formativas sobre Autismo-Melilla. Melilla, España. Recuperado de: http://www.fundaciongenesygentes.es/gg_contenido_otros-videos.html
- Martos, J., Freire, S., González, A., Llorente & Ayuda, R. (2013). Evolución y seguimiento de los trastornos del espectro autista. *Revista de Neurología*, 56(1) 61-6.
- Matos, M. A. & Mustaca A. E. (2005) Análisis comportamental aplicado (ACA) y trastornos generalizados del desarrollo (TGD): Su evaluación en Argentina. *Interdisciplinaria - Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 22(1) 59-76.
- Mesibov, G., Shea, V. & Schopler, E. (2005). *The TEACCH Approach to Autism Spectrum Disorders*: New York: Academic/Plenum Publishers.
- Mises, R (1990). Classification française de troubles mentaux de l'enfant et l'adolescent: présentation générale. *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 38(10-11), 523-39.
- Mulas, F., Ros-Cervera, G., Millá, M., Etchepareborda, M., Abad, L., & Téllez de Meneses, M. (2010). Modelos de intervención en niños con autismo. *Revista de Neurología*; 50(3), 77-84.
- National Research Council. (2001). *Educating Children with Autism. Committee on Educational Interventions for Children with Autism*. En Lord, C. & McGee, J. (Eds.), Division of Behavioral and Social Sciences and Education. Washington, DC: National Academy Press
- Odom SL, Boyd BA, Hall LJ, Hume K. (2010). Evaluation of comprehensive treatment models for individuals with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*; 40,425-36.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *Clasificación de los trastornos mentales (CIE- 10)*. Recuperado de: <http://biblioteca.consultapsi.com/ICD10/cie1.htm>
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) Versión abreviada*. Recuperado de:

http://www.conadis.salud.gob.mx/descargas/pdf/CIF_OMS_abreviada.pdf

- Pascualvaca, D., Fantie, B., Papageorgiou, M. & Mirsk, A. (1998) Attentional capacities in children with autism: Is there a general deficit in shifting focus? *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 28, 467-478.
- Paula, I. & Martos, J. (2009). Síndrome de Asperger y autismo de alto funcionamiento: comorbilidad con trastornos de ansiedad y del estado de ánimo. *Revista de Neurología*, 48(2) 31-34.
- Peeters, T. (1997) *El autismo y los problemas para comprender y utilizar símbolos. En: Peeters, Theo. Del marco teórico a la intervención educativa*. San Diego, California: Singular Pub. Group
- Perez, M., Pérez, P. (2011). Una aproximación a las funciones ejecutivas en el trastorno del espectro autista. *Revista de Neurología*, 52(1), 147-53.
- Peydró S. y Rodríguez V. (2007). El autismo en el siglo XXI. Recomendaciones educativas basadas en la evidencia. *Siglo Cero*, 38(222), 75-94.
- Piaget, J. (1969). *Biología y Conocimiento*. Madrid: Ed. Siglo XXI.
- Piaget, J. (1973). *Psicología y epistemología*. Barcelona: Ed. Ariel.
- Piaget, J. (1978). *La equilibración de las estructuras cognitivas*. Mexico D.F: Siglo XXI editores.
- Piaget, J. (1986). *Seis estudios de psicología*. Barcelona: Ed. Ariel.
- Piaget, J. (2008). *La representación del mundo en el niño*. Madrid: Morata.
- Pombo, A. (2005, octubre). Psicosis infantil en la consulta de pediatría. Trabajo presentado en el XVIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño. Coruña, España. Recuperado de: <http://www.seypna.com/documentos/articulos/pombo-psicosis-infantiles-consulta-pediatria.pdf>
- Prizant, B., Wetherby, A., & Rydell, P. (2000). *Communication intervention issues for children with autism spectrum disorders*. In A. M. Wetherby & B. M. Prizant (Orgs.), *Autism spectrum disorders. A transactional developmental perspective* (pp.193-224). Baltimore: Paul H. Brookes
- Prizant, B., Wetherby, A., Rubin, E & Laurent, A. (2007). *The SCERTS Model*. Recuperado de http://www.scerts.com/index.php?option=com_content&view=article&id=2&Itemid=2
- Quijada, C. (2008). Espectro Austista. *Revista Chilena de Pediatría*, 79(1): 86-91.
- Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la lengua española (22.a ed.)*. Recuperado de <http://www.rae.es/rae.html>

- Rivière, A. (1997). *Desarrollo normal y Autismo (1/2) Definición, etiología, educación, familia, papel psicopedagógico en el autismo. Curso de Desarrollo Normal y Autismo. Tenerife, España.* Recuperado de <http://portal.uarg.unpa.edu.ar/material/2modulo/desarrollo%20normal%20y%20autismo.doc>.
- Roberts, J. & Prior M. (2006). *A review of the research to identify the most effective models of practice in early intervention for children with autism spectrum disorders.* Australia: Australian Government Department of Health and Ageing.
- Rogers, S., & Vismara, L. (2008). Evidence-based comprehensive treatments for early autism. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology; 37*, 8-38.
- Ronen, T. (1997). *Cognitive developmental therapy with children.* New York: John Wiley & Sons Ltd.
- Ronen, T. (2003). *Cognitive-constructivist psychotherapy with children and adolescents.* New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Rosen H. (1985). *Piagetian Dimensions of Clinical Relevance.* Nueva York, Estados Unidos: Columbia University Press.
- Rubio, J. C., García, A., & López, J. A. (2013). Ocho estrategias imprescindibles en la intervención de los trastornos del espectro autismo. *Cáparra: Revista de innovación y experiencias educativas de los Centros de Profesores y Recursos de la Provincia de Cáceres; 12*, 26-36.
- Rychlak, J. (1988). *Personalidad y Psicoterapia.* México: Ed. Trillas.
- Salvadó, B., Palau, M., Clofent M., Montero, M., Hernández, M.A. (2012). Modelos de intervención global en personas con trastorno del espectro autista. *Revista de Neurología, 54*(1), 63-71.
- Sepúlveda, G. & Capella, C. (2010) Desarrollo psicológico del escolar y sus trastornos: Lo evolutivo y lo psicopatológico en la edad escolar. En: Almonte, C., Montt, M., Correa, A. Psicopatología Infantil y de la Adolescencia. Santiago: Ed. Mediterráneo.
- Sepúlveda, G. (2002) *Texto guía del curso: Psicoterapia constructivista evolutiva en niños y adolescentes.* Magister en psicología, mención clínica infanto-juvenil. Departamento de Psicología, Universidad de Chile.
- Sepúlveda, G. (2008) *Perspectiva constructivista evolutiva en psicología clínica infanto-juvenil*, Capítulo 8, en Kaulino, A. y Stecher, A. (2008) Cartografía de la Psicología Contemporánea. Pluralismo y Modernidad. LOM Ediciones.

- Sepúlveda, G. (2012). *Psicoterapia evolutiva con niños y adolescentes: Enfoque cognitivo constructivista*. En Almonte y Montt (Comps.), *Psicopatología infantil y de la adolescencia*. Santiago: Ed. Mediterraneo.
- Sepúlveda, G. (2013). *Psicoterapia Evolutiva con niños y adolescentes*. Santiago: Ed. Mediterraneo.
- Severgnini, A. (2006). Trastornos generalizados del desarrollo. Trastornos del espectro autista. *Archivo de pediatría del Uruguay*, 77 (2), 167-169.
- Statistical Manual of Mental Disorders, Text revision, DSM IV-TR. Washington: APA; 2000, p.69-84
- Steyn, B. & Vega, R. (2003). Understanding autism spectrum disorders. *Current Pedriactis*, 13, 274-278.
- Strain, P., & Bovey, E. (2011). Randomized, Controlled Trial of the LEAP Model of Early Intervention for Young Children With Autism Spectrum Disorders. *Topics in Early Childhood Special Education* ; 31, 33-154.
- Uribe, L. H. (2010). *Trastornos del espectro autista*. En: Rosselli, M., Matute, E., Ardila, A. *Neuropsicología del desarrollo infantil*. México: Ed. El Manual Moderno.
- Wenar, C. (1994). *Developmental psychopathology, from infance through adolescence*. Estados Unidos: Ed. Mac Graw Hill
- Wolman, S. (s.f). *Características de los esquemas de acción y su significado en la teoría psicogenética*. Recuperado de: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/046_genetica1/material/descargas/ficha_esquema_final.pdf