



UNIVERSIDAD
DE LA REPUBLICA
URUGUAY

2016

“Aportes para un enfoque integral en el abordaje psicológico de niños con diagnóstico de TEA y sus familias”.

Estudiante: María Cecilia Busto Medina

C.I.: 4557689-2

Tutor: Prof. Mag. Psic. Eduardo Sivori Martínez

2 de Mayo de 2016

Trabajo Final de Grado

1.- RESUMEN

El presente trabajo se enmarca en la monografía final de la formación de grado de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de la República (UdelaR).

Como se ha estudiado, los Trastornos del espectro autista (APA, 2014), se han transformado en los últimos años en un punto de interés tanto a nivel social como académico. La heterogeneidad en sus modos de presentación y las dificultades que han encontrado tanto las neurociencias como la psicología para explicar este fenómeno de forma clara y acabada, han generado mayores dificultades a la hora de encontrar terapéuticas que den respuesta a tan compleja situación.

Esta monografía tiene el objetivo de presentar la evolución del concepto de autismo, para llegar a la actual denominación de Trastorno del espectro autista, así como las consecuencias diagnósticas y terapéuticas que esto implica. Así también, se ha buscado reflejar algunas de las modalidades de intervención psicológica que se entienden de mayor importancia en la actualidad. Abordando también la concepción de autismo como discapacidad. Para dicho fin, la metodología utilizada ha sido, en primera instancia, una revisión bibliográfica de los principales aportes en la materia tanto a nivel nacional como internacional; así como también se han indagado diferentes visiones de referentes nacionales sobre el tema. En consecuencia, el trabajo a lo largo de su desarrollo ha involucrado múltiples saberes, los cuales han permitido una reflexión acerca del estado de situación actual del autismo a nivel nacional, así como su vínculo con las perspectivas teóricas existentes.

A modo de síntesis podríamos aseverar que han ocurrido avances significativos en los últimos años, en cuanto al entendimiento, diagnóstico e intervención de la problemática que padecen las personas con autismo. Sin embargo se continúa en la búsqueda de un modelo integrador biopsicosocial.

INDICE

1.- RESUMEN.....	2
2.- INTRODUCCIÓN.....	4
3.- METODOLOGÍA.....	5
4.- DESARROLLO.....	6
Capítulo 1.....	6
1.1 Antecedentes históricos:.....	6
1.2 Características del Autismo de Kanner:.....	7
1.3 Etapas en el estudio del Autismo:.....	8
1.4 El diagnóstico:.....	9
Capítulo 2.....	14
2.1.- Teorías psicológicas que explican el autismo.....	14
2.1.1 Enfoque Psicoanalítico.....	15
2.1.2 Teoría de la ceguera mental.....	18
2.1.3 Teorías del “Fallo en la Intersubjetividad”.....	20
2.1.4. Teoría de la coherencia central.....	22
2.1.5.-Teoría de la función ejecutiva.....	22
2.1.6. Teoría de la “empatía-sistematización”.....	23
Capítulo 3.....	25
3.1 Concepto de discapacidad.....	25
3.2 La Clasificación internacional del funcionamiento la discapacidad y la salud: CIF.....	26
3.3 La CIF- IA.....	27
3.4 Autismo en la CIF.....	28
3.5 Discapacidad en Uruguay:.....	29
Capítulo 4.....	30
4.1 Intervenciones del Psicólogo en el abordaje de niños con TEA y sus familias.....	30
4.2 Modelo psicoanalítico.....	35
Capítulo 5.....	38
5.1 Entrevistas a psicólogos.....	38
5.- CONSIDERACIONES FINALES.....	42
6.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	44

2.- INTRODUCCIÓN

En los últimos 20 años, se ha venido dando un aumento en el diagnóstico de casos de Trastornos del Espectro Autista (APA, 2014), transformándose en una preocupación que comparten padres, educadores y representantes de la salud mental en general (Grañana, 2014).

Según un estudio realizado en los Estados Unidos, publicado por el Centro de Control de Enfermedades (CDC) en 2014, uno de cada 88 niños padece este trastorno. Si bien en Uruguay a la fecha no existen datos estadísticos, según lo aportado por el Presidente de la Federación Autismo Uruguay (FAU) Andrés Pérez, en entrevista periodística (2015), esta prevalencia a nivel mundial de aproximadamente un 1%, implicaría en nuestro país que más de 30.000 personas lo padecen. Teniendo en cuenta estos datos y a raíz de la cercanía con el enigma, que hasta el día de hoy sigue siendo el autismo y sus múltiples formas de presentación, surgen varias interrogantes, sobre origen, tratamiento y pronósticos que nos alientan a la reflexión sobre el tema.

A su vez las dificultades con las que nos encontramos a la hora de trabajar con estos niños y de encontrar estrategias efectivas, para el tratamiento de sus dificultades y la potenciación de sus habilidades, se hacen imprescindibles los esfuerzos en continuar la búsqueda de herramientas, que permitan llegar a mejores logros en el quehacer del psicólogo.

En este sentido y considerando los múltiples enfoques y modalidades de intervención que existen en la actualidad en torno a los Trastornos del Espectro Autista (en adelante TEA), se plantea la necesidad de analizar la pertinencia de encontrar enfoque de trabajos desde una perspectiva integral, que permita tener en cuenta las diferentes posturas sobre el tema, partiendo de la base de concebir al sujeto en su singularidad, como ser único e integral.

La complejidad que encierra el diagnóstico y tratamiento de los TEA y las diferentes investigaciones que se vienen realizando, especialmente en los últimos años, en búsqueda de estrategias de trabajo que nos permitan entender y atender mejor el autismo, exige estar informados, actualizados y capacitados para poder poner en práctica estos nuevos saberes. Por este motivo se considera pertinente y de interés continuar profundizando sobre el tema, generando material actual y de utilidad.

En este trabajo se pretende dar cuenta de algunas generalidades en relación al autismo, así como de herramientas actuales, que entendemos, resultan de utilidad para el trabajo con estos niños.

3.- METODOLOGÍA

La estrategia metodológica es de tipo cualitativa, utilizando dos técnicas de investigación: *revisión bibliográfica* y *entrevistas en profundidad*.

Revisión bibliográfica:

Con respecto a la revisión bibliográfica se han consultado diferentes fuentes relevantes que han abordado la temática, pertenecientes a diferentes conceptualizaciones teóricas, realizando un análisis de las mismas.

Entrevistas en profundidad:

En segunda instancia se ha optado por la entrevista en profundidad a informantes calificados (4) referentes en la temática a nivel nacional. A continuación se presenta una tabla con los referentes entrevistados y su inserción institucional:

Nombre / Institución

Nombre	Institución
Lic. Psic. Carina Fernández	Directora de Clínica CINDIS (Centro de integración del Discapacitado)
Lic. Psic. Alicia Zabala	Clínica Prego
Dr. En Psicología Ignacio Navarrete	Universidad Católica del Uruguay
Lic. Psic. Víctor Guerra	Hospital Pereira Rossell

4.- DESARROLLO.

Capítulo 1

1.1 Antecedentes históricos:

Aún hoy, transcurridos 70 años de los primeros trabajos de Leo Kanner (1943), se siguen buscando respuestas en torno a las causas de este trastorno, uno de los más graves que se presenta en la primera infancia y dura toda la vida.

Algunos autores contemporáneos como Uta Frith (2011) consideran que el autismo seguramente exista desde siempre, pero la historia del autismo como entidad nosológica es muy reciente.

Las primeras publicaciones datan de 1943 cuando el citado psiquiatra austriaco describió por primera vez el cuadro clínico que luego denominó "Autismo precoz infantil", donde describió 11 casos de niños que presentaban características muy singulares desde el comienzo de sus vidas (primer año) asociadas a un importante retraimiento y una "soledad autística extrema" (Kanner, 1943, p.28). En su gran mayoría, las características allí descritas son las que aún hoy se consideran básicas para definir este cuadro clínico (Prego, 1999).

Por otro lado Hans Asperger, pediatra y psiquiatra austríaco, sin conocer el trabajo de Kanner, publicó en Viena a comienzos de 1944 un trabajo similar. Allí describe 4 casos, que presentan sintomatologías similares a las que relata Kanner, pero con algunas diferencias como un lenguaje y una capacidad cognitiva relativamente conservadas. Esta obra no tuvo las repercusiones de la obra de Kanner, seguramente debido a que fue publicada en alemán y traducida al inglés recién en 1991 por Uta Frith.

Sin embargo, ambos autores son considerados los pioneros y referentes en relación al tema y ocupan un lugar preponderante en la historia del autismo.

Etimológicamente, Autismo es un neologismo compuesto por el prefijo auto que viene del griego "autos" que significa uno mismo, propio y el sufijo "ismo"(del griego ismós) que forma sustantivos abstractos que denotan cierto tipo de tendencia.

Esto nos lleva a pensar en lo que se entiende hoy por autismo y lo que llevó a Kanner a usar este término y no otro, ya que la propia palabra Autismo nos remite a una de las características principales del trastorno: la tendencia a la retracción en sí mismos.

Los primeros que usaron el término autismo en psiquiatría fueron Bleuler en 1911, para referirse a la introversión, el aislamiento y la falta de comunicación que presentaban algunos pacientes psicóticos y Freud por la misma época, al hablar de un ejemplo de sistema psíquico

separado de los estímulos del exterior, que puede satisfacer sus necesidades de una manera autista (Prego, 1999).

Otros autores como F. Tustin (1972), M. Mahler (1975) y D Meltzer (1975), también usaron el término, ya que entendían que existía una fase autista normal en la primera etapa de la vida del niño. Con el tiempo esta hipótesis fue dejada de lado, incluso por estos mismos autores. Prego (1999) haciendo suyas las consideraciones de D. Stern (1985) al respecto, nos dice que “(...) el bebé nunca fue autista (...) ya que el proceso de desarrollo consiste en el despliegue continuo de una naturaleza social, intrínsecamente determinada”.

1.2 Características del Autismo de Kanner:

Kanner (1943) realiza una descripción muy detallada de 11 casos de niños que presentaban, a pesar de la singularidad de cada uno, una serie de características comunes que a su entender conformaban un único “síndrome” no descrito hasta el momento.

El seguimiento de estos niños, permite dejar en evidencia algunos aspectos en común que los une: la tendencia al retraimiento y la dificultad para relacionarse con las personas, han sido y son hoy elementos claves.

La trascendencia de este artículo queda determinada, no solo por lo novedoso en su tiempo, sino también por la utilidad que al día de hoy tiene, para definir los rasgos generales específicos de lo que llamamos autismo. Esta descripción determinó un antes y un después en la psicopatología infantil, ya que muchos de estos niños hasta este momento eran considerados o bien débiles mentales o bien esquizofrénicos, por lo que recibían un tratamiento, en consecuencia, inapropiado para su condición (Kanner, 1943).

El autor pretendía que este fuera el comienzo de un proceso donde se logrará por un lado una mejor atención para estos niños, a partir de una mejor comprensión de lo que les sucedía, y por otro incentivar a la investigación sobre el tema.

Las características más significativas allí descritas, a las que se han ido sumando otras, determinan el diagnóstico del autismo en la actualidad:

- Extrema soledad autista.
- Deseo obsesivo de invariancia ambiental.
- Excelente memoria
- Hipersensibilidad a los estímulos
- Mutismo o lenguaje sin intención comunicativa
- Limitaciones en la variedad de la actividad espontánea.

La posibilidad de hacer un diagnóstico acorde a la realidad y a las necesidades de cada niño, trajo como consecuencia la necesidad de pensar nuevos tratamientos y terapéuticas

pedagógicas, psiquiátricas y psicológicas. Así como el desarrollo de distintos marcos teóricos, explicativos médicos- biológicos y psicológicos.

Esta descripción no sólo es vigente hoy, sino que en la mayor parte de los modelos que existen, también existen concordancias en las descripciones semiológicas del cuadro. No así en cuanto a las explicaciones sobre la etiología del cuadro, ni sobre la terapéutica a aplicar. Una variedad de modelos teóricos que han venido surgiendo, enfrentan al psicólogo al desafío de pensar el o los enclaves teóricos a usar.

1.3 Etapas en el estudio del Autismo:

El psicólogo Rivière (2001) describe tres etapas para diferenciar el proceso de estudio tratamiento del autismo.

La *primera* comienza en el 1943 con aquella descripción de Kanner y sus investigaciones posteriores. Durante este periodo, las explicaciones eran esencialmente de tipo psicodinámico, se considera al autismo como un trastorno emocional, producido por factores emocionales o afectivos inadecuados en la relación del niño con las figuras de crianza. Esta definición se usó durante los primeros 20 años del estudio del trastorno y llevaba a que la terapia psicodinámica fuera la herramienta más usada para ayudar a estos niños. Hoy esta visión es considerada esencialmente errónea ya que las nuevas investigaciones apuntan a un origen multicausal del autismo, donde lo biológico cobra mayor protagonismo, así como lo ambiental en un sentido más amplio, por lo que no se lo considera un trastorno esencialmente emocional.

En la *segunda* etapa, a partir de la primera mitad de los años 60, cambia la imagen científica del autismo y por ende su forma de tratarlo. Aquí predominan las teorías basadas en la psicología experimental, de tipo conductual. Se abandona la hipótesis de una génesis originada en el vínculo con las figuras parentales por falta de justificación empírica y comienzan a aparecer los primeros indicios del autismo asociado a trastornos neurológicos. Aparecen así modelos explicativos que se basan en la hipótesis de alteraciones cognitivas que explican las principales dificultades del autismo. La educación se convirtió en la principal forma de tratamiento del autismo, por un lado gracias al desarrollo de procedimientos de modificación de conducta y por otro debido a la creación de centros educativos especializados.

La *tercera* etapa se da a partir de los años 80, con la consideración del autismo desde una perspectiva evolutiva, como un trastorno del desarrollo, lo que determinó que el autismo fuera tema de investigación no solo en la psicopatología sino también en la psicología evolutiva. Aquellas definiciones diagnósticas tradicionales que consideraban al autismo como “psicosis infantil” fueron sustituidas por el concepto de “trastorno profundo del desarrollo”, descrito en el DSM III (APA, 1980).

En estos últimos años se han producido cambios en lo que refiere a las explicaciones del autismo no solo desde la psicología sino también desde la neurobiología. Por ejemplo Baron-Cohen, Leslie y Frith, (1985) descubrieron una dificultad específica de los autistas en cuanto al adecuado tránsito por aquellos procesos evolutivos que se describen en la llamada teoría de la mentalización y desarrollaron un modelo según el cual en la “Teoría de la mente”, definida como capacidad humana muy importante, estaría la falla que determina el autismo. (Rivière 2007).

Gracias a estos nuevos modos de pensar, también se han producido cambios en los que refiere a las formas de tratamiento del autismo. Si bien la educación continúa siendo el modo privilegiado de tratarlo, se ha venido desarrollando un estilo más pragmático y natural, más integrador, poniendo énfasis en la comunicación y teniendo más en cuenta las capacidades y recursos de cada individuo. Además los avances en la farmacología han facilitado el tratamiento de algunas alteraciones asociadas al autismo.

Por último se comenzó a pensar en el trastorno desde una perspectiva del ciclo de vida completo y no solo desde la niñez. Actualmente el autismo es un trastorno que no tiene cura, y por ende “la mayoría de las personas autistas requieren de atención, supervisión y apoyo durante toda la vida” (Rivière, 2007, p. 23).

1.4 El diagnóstico:

El inicio de cualquier tipo de intervención se da a partir del diagnóstico, el que se torna difícil dado que por un lado y según Rutter (1970) citado por Prego (1999):

“(…) el término autismo, como diagnóstico ha sido empleado indiscriminadamente en muchos casos porque por un lado no hay un síntoma que sea patognomónico y a su vez, otros que se los considera específicos, están presentes en una gran variedad de perturbaciones no autistas de la infancia” (Prego,1999:p. 29)

En esta línea de análisis, J. Pedreira plantea además que serían necesarios instrumentos de medición y diagnóstico más específicos para evaluar los trastornos mentales graves. Según el autor se necesitan además de las sesiones de evaluación diagnósticas la observación directa de los distintos comportamientos del niño.

Con respecto al diagnóstico y su proceso existen dos miradas diferentes. Por un lado, Prego (1999) plantea que un diagnóstico certero es difícil de lograr dado que las conclusiones a las que se llega han dependido de las perspectivas y de los modelos teóricos desde los que se interpreta la etiología del autismo. Así también, en la actualidad según la visión de Marcelli (2006), la mayoría de los modelos teóricos que explican las causas del autismo son meras hipótesis.

Y por otro lado, se encuentran los manuales estadísticos de psiquiatría cuya propuesta parte de la idea de que es fundamental manejar “(...) criterios diagnósticos explícitos, un sistema multiaxial y

un enfoque descriptivo que pretende ser neutral respecto de las teorías etiológicas” (DSM IV p. XXIV).

El modelo del DSM IV habla de trastornos mentales, en el caso del autismo, este se halla incluido dentro de los trastornos generalizados del desarrollo (TGD), siendo definido el trastorno mental como:

“(…) un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica que aparece asociado a un malestar (...) una discapacidad, (...) o un riesgo significativamente aumentado de morir, o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad.” (DSM IV, 2011: XXIX)

Asimismo Marcelli (2006) plantea puntos de concordancia entre los DSM y el CIE 10. Hacia 1970 con la aparición de este tipo de manual se da también como consecuencia, la emergencia de una variedad de diagnósticos diferenciales “(...) que salen del autismo típico y de las psicosis infantiles denominadas en adelante ‘trastornos generalizados del desarrollo’ para borrar cualquier referencia al concepto de psicosis” (p. 263). La rigurosa sistematización semiológica permitió la definición y descripción clara y neta de entidades clínicas que hasta el momento eran consideradas imprecisas ejemplo de ello, la llamada hiperactividad asociada a cuadros de retardo mental. Se retoma además, a partir de estos manuales la idea de desintegración (trastornos desintegrativos de la infancia).

Este afán por una fidelidad semiológica plantea parámetros claros y rígidos que guiarían el proceso diagnóstico. Cabe resaltar que dada la complejidad del cuadro, si bien estos modelos representados en los manuales de clasificación ayudan al momento del diagnóstico, es importante considerar a la persona en su singularidad para llevar adelante una intervención eficiente.

Dentro de los TGD se encuentran junto al Trastorno autista, el trastorno de Asperger, el de Rett, el desintegrativo infantil y el generalizado del desarrollo no especificado.

Los TGD quedan definidos por:

(...) una perturbación grave y generalizada de varias áreas del desarrollo: habilidades para la interacción social, habilidades para la comunicación o la presencia de comportamientos, intereses y actividades estereotipados. Las alteraciones cualitativas que definen estos trastornos son claramente impropias del nivel de desarrollo o edad mental del sujeto. (DSM IV, p.79-80)

Los aspectos que se remarcan son los mismos que han venido planteando otros autores como el mismo Kanner, la diferencia estaría marcada por los criterios estadísticamente determinados en cuanto al número de síntomas y al factor tiempo.

Fallas en la interacción social, alteraciones en la capacidad de comunicarse con retraso en el lenguaje oral, conductas inadecuadas, estereotipias, manierismos son elementos

patognomónicos que cobrarían importancia diagnóstica en función de que establezcan un patrón de conductas significativo durante un tiempo determinado.

Mantienen también estos criterios autores como Lorna Wing y Judith Gould (1979), quienes al estudiar la incidencia de deficiencias sociales severas en una población amplia de 35.000 niños de entre 0 y 14 años, sugieren una percepción nueva del autismo ampliando algunos criterios. En este estudio se identificó a dos grupos de niños: por un lado aquellos que cumplían con el patrón típico del autismo descrito por Kanner, y por otro un grupo que sin cumplir estrictamente con el patrón típico del autismo, presentan en mayor o en menor grado la tríada de dificultades que lo definen.

La tríada de dificultades descrita por Wing y Gould citados por Frith (2004):

- deficiencias sociales graves (incapacidad de establecer interacciones recíprocas, especialmente con pares)
- deficiencias graves en la comunicación (incapacidad para comunicarse verbal y no verbalmente)
- deficiencias graves en la realización de actividades imaginativas sustituidas por conductas repetitivas.

Elas encuentran que independientemente del nivel intelectual la tríada puede ser identificada, es decir estas alteraciones se dan juntas, dejando en evidencia que los límites establecidos entre los dos grupos de niños que presentaban estas dificultades no son claros. Y que por el contrario las dificultades se manifiestan como un continuo en diferentes grados.

Esta dificultad encontrada por Wing y Gould (1979) lleva además a plantear que no se podía hacer un diagnóstico definitivo antes de los 2 o 3 años.

Una de las consecuencias de su investigación es que las categorías descritas en la clasificación del DSM-IV comienzan a ser cuestionadas, ya que los límites entre estas categorías comienzan a verse de forma difusa.

Esta nueva concepción del autismo como un continuo, determinado por un conjunto de síntomas que se dan juntos, llevó a la creación del concepto de trastorno del espectro autista, donde las diferencias quedan determinadas por los grados de afectación en cada caso.

Esta postura se ha ido consolidado, y es aceptada por la mayoría de los expertos en el tema, a pesar de contar con algunas críticas especialmente desde quienes defienden la clasificación del DSM-IV, así como desde modelos teóricos que consideran más importantes las causas dinámicas vinculares e inconscientes.

Luego de varios años de discusión e investigación se logró la inclusión del concepto de trastornos del espectro autista en la clasificación del DSM 5. Consolidando un cambio de paradigma que implica el pasaje de una mirada categorial con cuadros clínicos definidos a una mirada dimensional, donde cada caso observan los grados de afectación de cada área dentro del espectro. En este manual se definen como características principales del trastorno el “deterioro

persistente de la comunicación social recíproca y la interacción social, y los patrones de conducta, intereses o actividades restrictivos y repetitivos” (APA 2014, p. 53). Quedando así configurada la tríada descrita por Wing y Gould.

Según autores como Josep Artigas- Pallares e Isabel Paula (2012) entre otros, esta nueva concepción se ajusta a “los nuevos modelos genéticos que contemplan interacciones poligénicas (...) y la modulación por factores epigenéticos” (s/p).

Estos nuevos modelos parten del análisis de enfermedades biológicas, e intentan trasladar sus planteos al ámbito de las enfermedades mentales, al incluir en sus análisis los factores ambientales. Tal es así, que entre estas variables, López Santillán y Figueroa Gutiérrez (2013) plantean que: “La herencia poligénica, también denominada multifactorial, se define como un patrón de herencia en el que los rasgos fenotípicos están determinados por factores genéticos que a menudo son varios genes y por factores ambientales.” (s/p).

Dentro de las enfermedades multifactoriales se pueden hallar los llamados trastornos del desarrollo de tipo prenatal, causantes de malformaciones, uno de los aspectos más importantes es que los sujetos afectados pueden presentar una afectación familiar la que no significaría que los distintos miembros de dicha familia presentan los mismos rasgos.

Al margen del influjo derivado del código genético, existen influencias externas, ajenas al genoma, que intervienen decisivamente en la expresión de los genes sin que varíe la secuencia de ADN. El estudio de esta vertiente de la genética se denomina epigenética. Inicialmente, ella alcanzó un enorme interés para comprender la intervención de mecanismos ambientales en el desarrollo de procesos cancerígenos. Pero, en la última década, representa también una vertiente muy interesante para el estudio de las enfermedades mentales. Estos planteos biologicistas están siendo tomados en las investigaciones sobre autismo en el intento de encontrar respuestas definitivas.

En este sentido los autores Baron- Cohen (2008) sostienen:

Ya no cabe duda alguna de que los trastornos del espectro autista tienen una causa biológica. La teoría genética es la más consolidada. . Como el autismo y el síndrome de Asperger no se transmiten en un 100 %, debe haber algún factor medioambiental que probablemente interactúe con los genes de riesgo. Aún no sabemos de qué factores se trata. No disponemos de marcadores biológicos para diagnosticar los trastornos del espectro autista, pero cada vez se investiga más en torno a los factores biomédicos. Todo parece apuntar a que estamos ante un desarrollo pre y posnatal atípico del cerebro, sobre todo en aspectos relacionados con el procesamiento de la información de carácter social (p 123)

Cabe remarcar que según el planteo de Baron- Cohen, las investigaciones no han arrojado datos significativos por lo que estos planteos también son por ahora hipótesis de trabajo que abren a nuevas investigaciones. Este tipo de investigación, alejado teóricamente de la psicología es

pasible de ser tenida en cuenta para el trabajo del psicólogo en tanto éste se halle insertado en un equipo multidisciplinario, dado que se hace importante manejar lenguajes en común con los otros actores.

Si bien el manual más usado mundialmente, a través de los años, para el diagnóstico de los trastornos mentales es el creado por la Asociación Americana de Psiquiatría: DSM en sus 5 ediciones, la Organización Mundial de la Salud (OMS) cuenta con su propia clasificación internacional de enfermedades (CIE 10) donde se ubican también los Trastornos mentales y del comportamiento.

Son claramente observable en el autismo sus signos y síntomas clínicamente, pueden analizarse las características de sus modelos vinculares y de interacción social en el vínculo consigo mismo y la forma como maneja y expresa la angustia. Por este motivo Pedreira considera que es de suma importancia la lectura cualitativa de los síntomas, así como la secuencia evolutiva de los distintos signos y síntomas que aparezcan.

En suma estos diferentes modelos diagnósticos han ido evolucionando en un intento de dar, por un lado, explicaciones claras y consensuadas. Y por otro lado, si bien proveen de herramientas al psicólogo, no hacen aportes sustantivos concretos al trabajo terapéutico, ni con el niño, ni con las familias.

El ámbito de la psicoterapia, específico del psicólogo necesita de un marco explicativo de la etiología de la patología que ponga acento en el sujeto y su historia, sus vínculos y las vicisitudes de su desarrollo.

Capítulo 2

2.1.- Teorías psicológicas que explican el autismo.

Esta entidad clínica es vista como un enigma, ni la medicina, ni su rama en salud mental, la psiquiatría, ni la psicología, ni las disciplinas psicopedagógicas han podido dar explicaciones sobre la dinámica del trastorno.

Es un síndrome que se puede reconocer por sus variados y característicos síntomas, pero hasta el presente no se ha podido establecer una causa común que explique su origen.

A lo largo de los años, y de las distintas teorizaciones no se ha podido lograr una "(...) precisa separación psicopatológica del cuadro de autismo infantil del resto de las psicosis infantiles" (M. de Bagattini, s/f, p., 51)

Remarca la autora que si bien las explicaciones sobre su génesis no han hallado respuestas únicas, el diagnóstico clínico, si puede realizarse sin dificultades debido a las características definitorias del conjunto de síntomas.

Aquí se constata la misma problemática, si bien es fundamental hacer un buen diagnóstico, éste debe dar pie a las estrategias terapéuticas correspondientes.

A lo largo de los años, tomando como base los trabajos de Kanner se han ido desarrollando distintos modelos explicativos que han ido dando lugar a diferentes terapéuticas.

Partiendo de la idea que, como en cualquier otra entidad clínica, así como no hay un neurótico igual a otro, no hay un niño autista que sea igual a otro niño, la evolución de cada cuadro en particular es única. La paradoja es que los esfuerzos de investigación teórica que existen intentan dar explicaciones globales que terminan siendo parcializadas.

Históricamente la creación de los modelos teóricos fue evolucionando desde las explicaciones psico-afectiva y las psicoanalíticas hacia los modelos cognitivo-comportamentales y psico-pedagógicos.

En tanto los modelos teóricos son diferentes unos de otros, y por momentos contradictorios. Para poder hablar de las diferentes modalidades de intervención psicológica, es necesario comprender en primera instancia las diferentes teorías explicativas con las que contamos actualmente, ya que sobre estas se construyen los diferentes enfoques de intervención.

En la breve pero intensa historia del autismo se han dado sucesivos cambios en relación a las teorías psicológicas que intentan explicarlo, debido justamente a las dificultades con las que se encuentran tanto clínicos como investigadores para dar una respuesta acabada del porqué de este trastorno. Esto ha llevado a que del sin número de teorías, que han ido surgiendo, algunas han quedado en desuso y otras han sido reformuladas.

Como lo señala Martos (en Valdez y Ruggieri, 2011) en los últimos años las teorías psicológicas se han retroalimentado con las evidencias que aportan las neurociencias. Esto, explica el componente dinámico que impregna todo lo relacionado con las teorías sobre el autismo, ya que cada teoría psicológica es contrastada con las evidencias científicas, planteando nuevas interrogantes.

Por otro lado, las teorías psicológicas resultan de gran utilidad para las investigaciones y avances científicos, ya que pueden guiar la búsqueda en el plano biológico de estructuras o funciones cerebrales involucradas en el autismo, así como en la determinación de bases genéticas o de predisposición, sea por factores ambientales o hereditarios. A su vez permiten una mejor comprensión de lo conductual, permitiendo así la búsqueda de alternativas para la intervención, especialmente la educativa.

Luego de haber sido realizado el diagnóstico, se abre para el psicólogo clínico el ámbito de trabajo terapéutico, ámbito que está influido por la teoría que se toma como base, es así que han surgido diversas teorías psicológicas que intentan dar respuesta a las interrogantes que surgen del autismo. Entre ellas se destacan, por un lado el psicoanálisis y por otro modelos como, la teoría de la ceguera mental, las teorías asociadas al fallo en la intersubjetividad, la teoría de la coherencia central, la teoría de la función ejecutiva, la teoría de la empatía-sistematización, entre otras.

2.1.1 Enfoque Psicoanalítico

Freud remite a los primeros momentos en la vida del sujeto, analiza y teoriza sobre la estructuración de un aparato psíquico que parte de los avatares del bebe con sus vínculos primarios, pero no admitió la posibilidad del trabajo terapéutico con niños, ni teorizó específicamente sobre psicosis infantil, ni sobre autismo.

La primera en trabajar con niños fue Melanie Klein quien basa su modelo teórico- clínico en el análisis de niños pequeños.

De la experiencia clínica con niños autistas surgen según Marta Ruiz (en Prego 1999) algunas características generales que atraviesan los diferentes niveles de desarrollo. Una de ellas es que estos niños se presentan “(...) con un cuerpo que va a la deriva, donde falta un yo medianamente estructurado que ayude a su organización corporal. Es un cuerpo que aparece como no integrado (...) que traduce la falta de libidinización del mismo” (p.142).

Tomando los dichos de Freud, refiriéndose a la constitución del aparato psíquico, “(...) el yo es ante todo un yo corporal, el cual se origina en la superficie del cuerpo” (Freud, 1923, p., 27), queda en evidencia la importancia del cuerpo para la constitución del yo.

Winnicott (1963) (citado por Ledoux, 1984) por su parte destaca esta importancia, si bien el autor no elaboró un modelo teórico sobre las psicosis infantiles, si son muy conocidos sus planteos

sobre la importancia del vínculo primario y sobre la capacidad de la madre de convertirse en una “madre suficientemente buena” capaz de sostener, cuidar, amar, cuando estos procesos fallan se establece una organización defensiva que le permite al niño protegerse de intensas ansiedades de destrucción. Esta organización defensiva crea la patología, siendo el autismo una forma de defenderse del medio.

Los aportes relevantes a la hora del trabajo terapéutico del psicólogo se centran en la idea de que existe un trastorno afectivo- emocional el que genera un deterioro cognitivo secundario, deterioro que determina un descenso en las capacidades socio- comunicativas.

Por otro lado, la capacidad meta-representacional necesita de habilidades simbólicas, como en el juego de ficción. En tanto estas habilidades están afectadas, también se dificulta el uso de una de las herramientas por excelencia del trabajo en niños: la entrevista de juegos

Bruno Bettelheim (1967) considera a la enfermedad como un tipo de respuesta que da el niño enfrentado a la percepción de afectos negativos, que él vive como provenientes de su entorno inmediato. La estructura que organiza el niño funcionaría como una muralla defensiva, la que se construye según el autor, muy tempranamente. El niño y su madre funcionarían de manera fusionada, el intento de separación, de quiebre de esa fusión, generaría montos intensos de ansiedades persecutorias imposibilitando el mantenimiento de esa fusión. Esta separación sería para él, el origen del autismo.

Este tipo de niños van dejando de actuar, y de intentar los relacionamientos, si bien son niños que han sido atendidos en sus necesidades básicas, “(...) no tuvieron oportunidad de comprobar la eficacia de sus actos (...)”. Aquello que define la disposición autística sería para el autor “(...) la convicción de que nuestros esfuerzos no ejercen ninguna influencia sobre el mundo porque con anterioridad hemos adquirido la convicción de que el mundo es insensible a nuestras reacciones” (Bettelheim, citado por Ledoux, 1984, p., 89)

Bettelheim resume sus planteos diciendo que el autismo es la resultante de un proceso defensivo cuyo origen lo sitúa en una vivencia subjetiva, una fantasía del niño respecto de una madre destructora.

Años más tarde, estos planteos se hacen más críticos hacia las figuras parentales cuando concluye que la etiopatogenia se ubica en un rechazo de los padres hacia el niño. “En el rechazo y la indiferencia no confesados de la madre, a menudo se transparentan deseos inconscientes de muerte” (Ledoux, 1984, p. 96)

Su modelo terapéutico basado en la teoría psicoanalítica es eminentemente psicológico, se basa en la escucha y en el respeto al niño. Lo primero sería crear un ambiente positivo para el pequeño, permisivo y favorable que permita la reconstrucción de la personalidad. A ello se suma la idea de una regresión pensada como progreso. Esta regresión propiciaría que emerjan las necesidades profundas del niño.

Contrario a Mahler, Bettelheim plantea la importancia de la separación del niño de sus padres y su temprana internación. Una de las críticas que se le hacen es que él no es un teórico del psicoanálisis, si bien se haya influido por esta teoría, su mayor interés es de tipo humanista. Esta base humanista lo fue llevando a criticar a las instituciones psiquiátricas, e intentar humanizar el trabajo con estos niños, poniendo el énfasis en ayudarlos a lograr la integración de su mundo interno. Considera que el retiro del medio ambiente que realiza el niño se debe a la correcta interpretación que hacen de las emociones negativas provenientes de sus figuras parentales. Aclarando que no sería la actitud de la madre la causante del autismo "(...) sino la espontánea reacción del niño a esa actitud" (Bagattini, s/f, p. 70)

Por otra parte Frances Tustin (1988) remarca la importancia de los ritmos y sensaciones corporales en el autismo. El autista centra su atención en el cuerpo, en las diferentes sensaciones que surgen de él. Su hipótesis central es que el autismo surge debido a que el niño tiene la capacidad de concientizar la diferenciación con el otro, la discriminación yo, no yo, en etapas muy tempranas en las que el psiquismo no ha podido integrarse. La madre no es parte del propio self, y así como cuida y contiene, también frustra y desilusiona.

Desde su formación psicoanalítica, habla de la importancia del vínculo madre- bebé, al igual que otros autores, ella integra otros aportes desde la medicina y promueve la idea de que frente a un niño autista, hay que descartar etiologías orgánicas, como un posible daño neurológico.

Plantea además varios factores involucrados, como una vulnerabilidad constitucional y/o alteraciones genéticas, las que unidas a los modos de crianza, pueden producir autismo.

La producción teórica sobre el tema es prolífica, tanto en la escuela inglesa (klieniana), como en la francesa de orientación lacaniana. El aporte psicoanalítico hace énfasis en los vínculos tempranos madre- bebé, la característica central de este vínculo es la indiferenciación, donde predominan ansiedades de aniquilación.

Si bien Tustin plantea que en su trabajo clínico tuvo muchos logros, e incluso la cura de niños autistas los aportes del psicoanálisis también han sido parciales, dado que plantean el trabajo desde la perspectiva de un conflicto interno.

Los aportes psicoanalíticos, ponen el énfasis en el vínculo indiscriminado, madre- niño, Silvia Tendlarz (1996) plantea que si bien la separación- discriminación no siempre se daría, se puede con el tratamiento lograr efectos a nivel subjetivo, lo que le permitiría al niño no quedar atrapado en ese vínculo indiferenciado.

Por su parte Susana Sternbach (2001) en una lectura crítica de la técnica psicoanalítica considera que ésta se ve frente a la necesidad de ampliar su técnica, fundamentalmente en cuanto a que el niño autista no admite la interpretación, ni el análisis de la transferencia. Dice "(...) incluir y prestar especial consideración a ese lenguaje cercano al cuerpo sensorial y a la acción (...)" (Sternbach, 2001, p., 118)

Poniendo en cuestión el dispositivo analítico, y llama la atención sobre el hecho de que el niño autista no plantea él una demanda, por lo cual “Es el analista en estos casos quien debe ocupar por un tiempo el lugar del demandador y de aquel que inviste la escena terapéutica frente a un paciente que a menudo no está en condiciones psíquicas de hacerlo” (p. 120)

Los analistas, cuestiona Eric Laurent (citado por Silvia Tendlarz, 1996), se basan en la idea freudiana de neurotizarse al niño, poniendo el acento en el valor de la palabra. Uno de los cuestionamientos es que con estas organizaciones psíquicas no se puede lograr un cambio de estructura, para llevar al niño hacia la neurosis.

En la década de los ´60 aparece el trabajo de Rimbland (1964), psicólogo y padre de un niño autista, quien por un lado critica el planteo psicoanalítico representado fundamentalmente por Bettelheim sobre un conflicto vincular donde el rechazo de los padres generaría el autismo. Acuñó el término “madre freezer” para aludir a este planteo. Postula él que la causa no era emocional, ni producto de un conflicto inconsciente, sino debido a fallas biológicas

Así como se intenta separar y discriminar al autismo de las psicosis infantiles, se discute también si aquel debe ser concebido como un retardo evolutivo, o si debe ser considerado una entidad discapacitante.

2.1.2 Teoría de la ceguera mental.

También conocida como la “teoría de la mente”, plantea que en el autismo existe un retraso en el desarrollo de una “Teoría de la mente” (Baron-Cohen 1985), lo cual implica un déficit en la capacidad de reconocer que los demás tienen mente o sea, sobre el funcionamiento mental del otro y poder ponerse en el lugar del otro para comprender su comportamiento. Este retraso estaría dado por un déficit cognitivo, asociado a posibles alteraciones neurológicas, que determinan que quienes padecen este trastorno tienen dificultades para ponerse en el lugar del otro y por ende de comprender sus diferentes estados mentales, en especial cuando estos no coinciden con la realidad (el engaño por ejemplo).

Esta capacidad de meta- representación (representación de los estados mentales), según Baron-Cohen (2010) se desarrolla normalmente en el entorno de los 4 años de edad. En una prueba realizada por este autor y su equipo en 1985, a niños autistas de edades mentales superiores a 4 años, donde se representa una situación sencilla de engaño usando dos muñecas Sally y Anne, se observó que no lograban reconocer el engaño en un 80 por ciento de los casos. (Baron-Cohen, 2010). Esta prueba, muy conocida en el ámbito del autismo, consiste en presentarle al niño una situación donde Sally deja su pelota en una cesta, pero cuando sale de la habitación, Anne la coloca en su caja, cuando Sally vuelve se le pregunta al niño ¿dónde buscará

Sally la pelota?, la mayoría de los niños autistas contestan en la caja, ya que no pueden comprender que Sally fue engañada.

Esta prueba también fue aplicada en niños con desarrollo normal de 4 años y con síndrome de Down con edad mental inferior. El 86 por ciento de los niños con síndrome de Down lograron comprender el engaño, así como todos los niños de desarrollo normal. Esto les permitió concluir que esta dificultad es típica del autismo.

Esta teoría explica por qué por ejemplo los niños con autismo suelen no comprender las conductas de los demás, ya que no pueden ponerse en el lugar del otro, lo que los lleva en ocasiones a mostrar gran ansiedad o miedo ante gestos simples y comunes como un saludo por ejemplo. También explicaría la tendencia del autista de manejarse con una comprensión literal del lenguaje.

Según Baron- Cohen (2010) “recurrimos a nuestra teoría de la mente para interpretar las intenciones ocultas en los gestos y actitudes de los demás” (p. 91), o sea en los aspectos no verbales de la comunicación. Esto es así en el caso de la mayor parte de los sujetos, Perner (1991) sostiene que los estados mentales permiten explicar y dar sentido a las conductas del otro y a las propias usando constructos teóricos. Si bien el mismo Perner cuestiona la palabra “teoría”, sostiene la idea que con esta denominación se hace observable y posible de ser estudiado un aspecto que hasta hace poco era propio del mundo experiencial interno. Sin embargo en el caso de las personas autistas suelen ellas tener dificultades para comprender chistes o metáforas aún en la adultez.

Se necesita saber qué ocurre antes de los 4 años, para poder comprender qué le ocurre al niño autista, ya que muchos de ellos se quedan “estancados” en un nivel de desarrollo anterior. Este retraso en el desarrollo de una teoría de la mente, determina diversos niveles de ceguera mental, afectando diferentes hitos del desarrollo del niño. Por ejemplo a los 14 meses un niño de desarrollo normal, da muestras claras de atención conjunta, es decir no solo mirar a los ojos del otro, sino poder prestar atención conjuntamente a un mismo objeto, señalando o siguiendo la mirada de la otra persona. Sin embargo como sabemos uno de los rasgos más significativos del autismo es justamente esa mirada perdida que parece atravesar a la otra persona. Las dificultades para la atención conjunta afecta a todos los niños del espectro, se ven ya desde el año y en los casos más graves, persisten toda la vida (Baron-Cohen, 2010).

A los 2 años, un niño típico logra el llamado juego simbólico o juego imaginativo, que determina su acceso a la capacidad de simbolización, requisito muy importante para la adquisición del lenguaje entre otras habilidades. Para poder jugar con alguien que finge, tengo que recurrir a la capacidad de leer la mente del otro para entender los que hace. Los niños con autismo tienen restringida esta capacidad, llegando en ocasiones muy tardíamente a crear un juego simbólico por sí solos, siendo necesaria la intervención del adulto para ayudarlos a seguir un guion imaginario generando anclajes con hechos que lo expliquen.

Como hemos visto a los 4 años un niño típico comprende perfectamente el engaño sin embargo un niño autista de igual edad mental no lo detecta o es muy lento detectándolo, dependiendo de la gravedad de su trastorno. De aquí en más la lectura de la mente se complejiza y a los 9 años por ejemplo los niños suelen reconocer que pueden herir los sentimientos de los demás y reconocer en la expresión de la mirada, los pensamientos o sentimientos de los otros. Este nivel avanzado de lectura de la mente es muy difícil de adquirir para las personas con autismo, aún en los casos más leves. (Baron-Cohen, 2010)

Según Francesca Happé, la noción de que el niño autista presenta dificultades para comprender los pensamientos y los sentimientos de los otros ha sido muy valiosa. Plantea que la teoría de la “ceguera mental” explicaría bien la tríada de alteraciones sociales –comunicación – imaginación.

Este modelo explica todas las dificultades de los autistas asociadas a lo social, pero no las que no tienen que ver con ello, como los intereses restrictivos o las dificultades sensoriales, además la dificultad en la lectura de la mente también se encuentra en otras patologías. Frente a estas dificultades Hobson (1991) plantea que sería de mayor validez poder analizar de qué manera los niños logran adquirir una buena comprensión de la naturaleza de las personas. El “niño teórico” es concebido, plantea él como un ser aislado un niño en el que se marca el énfasis en lo cognitivo sobre el que puede ser aplicada la llamada por él “metáfora computacional”.

Su planteo principal es que el niño adquiere el conocimiento relacionado a la naturaleza humana, por medio de las experiencias de relaciones afectivas interpersonales.

2.1.3 Teorías del “Fallo en la Intersubjetividad”

Según Juan Matos (2011) (en Valdez y Ruggieri, 2011) este tipo de teorías, que se refieren a las fallas intersubjetivas en el autismo, son en algunos aspectos la antítesis de las teorías cognitivas, sin embargo sus predicciones y bases empíricas suelen ser muy similares.

Matos toma como representantes de estas teorías a Colwyn Trevarthen, (1979) quien utilizó por primera vez el término “intersubjetividad” y a Peter Hobson (1993) quien profundizó en relación a estos temas.

Hobson (1993) considera que la ausencia de una teoría de la mente sería el resultado de un déficit más arcaico aún, llamado “déficit emocional primario en las relaciones interpersonales”. Este déficit primario generaría que el niño no accediera a las experiencias sociales necesarias para desarrollar la capacidad cognitiva necesaria para la comprensión de lo social. La empatía, que no está mediada por representaciones, es el mecanismo a través del cual el bebé se vincula con sus padres y percibe actitudes que junto con la imitación posibilitan el acceso a una teoría de la mente de los otros.

Este modelo pone el énfasis en la importancia de las relaciones sociales en la constitución del sujeto, esta modalidad relacional conjunta una serie de experiencias emocionales y vivenciales primarias madre- bebé, las que conformaran de a poco experiencias cargadas de un sentido compartido. La dificultad en el autismo estaría en el procesamiento de estímulos afectivos, esto traería como consecuencia las dificultades para reconocer a las personas como personas, con sus sentimientos y pensamientos, así como una dificultad importante en el uso de la capacidad de abstraer o simbolizar. Esto acarrea a nivel cognitivo secuelas similares a las del déficit en la meta-representación.

Según Hobson los niños autistas no podrían manejar aquellos mecanismos de acción-reacción fundamentales para el desarrollo de relaciones interpersonales recíprocas. La experiencia social conlleva un fallo vinculado al reconocer a las otras personas como portadores de aspectos, deseos o pensamientos. Es así que los niños autistas presentan dificultades para captar y entender las claves que regulan las relaciones interpersonales.

Esta teoría cuenta con gran respaldo empírico, en trabajos desarrollados por Mundy y Sigman (1989) sobre atención conjunta, en investigaciones neurobiológicas sobre el papel de las llamadas neuronas espejo en el desarrollo de la imitación (Martos en Valdez y Ruggieri, 2011 p.36).

Trevarthen (1998) por su lado afirma que los niños están preparados para establecer comunicación con sus cuidadores desde el nacimiento, a través de medios de expresión emocional o motivacional y de sensibilidad interpersonal, en un nivel que él llama protoconversacional, previo a la manipulación de objetos. (Martos en Valdez y Ruggieri, 2011, p. 36)

El autor dice que “la Intersubjetividad primaria sería como una motivación fundamental en el desarrollo que implica una capacidad de conectar emocionalmente con otro, de interpretar de alguna manera su conducta como llena de emociones y de sentir lo mismo que el otro siente” (Rivière, 2011, p. 10)

Según esta teoría la falla en el autismo estaría dada por una alteración de la intersubjetividad secundaria que se desarrolla normalmente en el entorno del primer año de vida y que hace que el bebé sea más competente para adquirir significados culturales. Dándose así este trastorno que “(...) se origina en un fallo en el sistema cerebral que regula la motivación del niño para aprender significados en la comunicación.”(Martos en Valdez y Ruggieri, 2011, p. 37).

Uno de los cuestionamientos al modelo es que el funcionamiento psíquico humano no sólo implica reglas lógicas comunicacionales, sino también todo un entramado de narrativas que no pueden ser reducidas a axiomas lógicos.

2.1.4. Teoría de la coherencia central

La primera en plantear como explicación para el autismo, una “teoría de la coherencia central débil” fue Uta Frith en 1989. Esta teoría se basa en que las personas normalmente tienden a “...integrar trozos de información dispares en patrones coherentes, mediante inferencias sobre las causas y los efectos de la conducta” (Citada por Martos en Valdez y Ruggieri, 2011, p 38). Es la falla en este mecanismo lo que determina la dificultad del niño autista para integrar información dispar.

Frith (1993) considera que la tríada de alteraciones: social- comunicación- imaginación, encuentra explicación por el fracaso de un mecanismo hallado por ella y su grupo de investigadores, que describe como un componente cognitivo, el que se hallaría alterado en los niños autistas. Analiza así la capacidad de pensar o de imaginar el estado mental de otro sujeto, capacidad que tendría el niño “normal”. La demostración se basa en que, evolutivamente los niños comienzan a participar en la llamada atención compartida, como habilidad cognitiva- social, aspecto que se halla alterado en el autismo

Según Martos en la actualidad se tiende más a hablar de un estilo cognitivo específico que de coherencia central débil. Como ejemplo de esta coherencia central, toma la idea del fácil reconocimiento que un sujeto tiene para distinguir sinónimos, antónimos, etc., aspecto que falla en el autismo debido a las dificultades que tienen en el manejo del lenguaje.

2.1.5.-Teoría de la función ejecutiva.

Se usa el término función ejecutiva para describir las conductas mediadas por los lóbulos frontales. Fue definida por Luria en 1966 (citado por Martos en Valdez y Ruggieri) como “la habilidad para mantener un conjunto apropiado de estrategias de solución de problemas para alcanzar una meta futura” (p. 39). La planificación, el control de impulsos, la inhibición de respuestas inadecuadas, la búsqueda organizada y la flexibilidad de pensamiento y acción, son algunas de las conductas que involucran la función ejecutiva. Se ha observado que estas conductas aparecen en personas con lesiones en los lóbulos frontales son similares en personas con autismo.

Existen varios estudios realizados de función ejecutiva, entre ellos el de Ozonoff, Pennington y Roger en 1991 (citado por Martos en Valdés y Ruggieri) que incluye un amplio grupo de problemas neurológicos, para encontrar que déficit podría ser específico y universal en el autismo.

“Se ha encontrado suficiente evidencia empírica para apoyar la existencia de déficit de función ejecutiva en las personas con autismo en un amplio rango de edades cronológicas y mentales.” (Martos en Valdez y Ruggieri, p. 40) Sin embargo aún faltan algunas piezas para armar este puzzle, ya que según Ozonoff (1995) una disfunción en las áreas que comandan la función ejecutiva puede ser condición necesaria para el desarrollo del autismo, pero no suficiente, ya que niños con lesiones frontales tempranas no son autistas.

2.1.6. Teoría de la “empatía-sistematización”

Por último Baron-Cohen (2010) desarrolla una propuesta que intenta dar una respuesta más abarcativa de lo que sucede con la persona con autismo llamada “Teoría de la empatía-sistematización”. Se basa por un lado en las dificultades que tienen las personas con autismo en la comunicación y las relaciones sociales, asociándolas a un déficit en la empatía y por otro en las habilidades excepcionales que también suelen presentar, vinculadas a la conservación de la capacidad de sistematización.

Entiende la empatía como la unión de dos elementos: por un lado la lectura de la mente como un componente cognitivo y por otro un componente afectivo que implica el ajuste de las reacciones emocionales a los pensamientos y sentimientos de los demás. A través del uso de determinadas herramientas se logra calcular un coeficiente de empatía, donde las personas autistas puntúan por debajo de los grupos de control.

Según Baron-Cohen “la sistematización da el impulso necesario para analizar o construir cualquier tipo de sistema” (2010, p. 99). Es decir, sería la capacidad de buscar las reglas que rigen un sistema para predecir su funcionamiento. Mediante diferentes pruebas para niños, adolescentes y adultos, este autor observa que las personas con autismo puntúan mejor en sistematización que los grupos de control.

Según esta teoría: “Es la divergencia entre empatía y sistematización la que determina si una persona tiene tendencia a desarrollar autismo” (Baron-Cohen, 2010, p. 99)

De este modo se explica, no solo las dificultades sociales y de comunicación por un déficit a nivel de la empatía, sino también su focalización en ciertos temas, las conductas repetitivas y su resistencia al cambio o gusto por lo repetitivo. Este estilo cognitivo diferente, lo lleva a tener “(...) que sistematizar todo porque su cerebro funciona así” (Baron-Cohen, 2010, p. 105).

Esta teoría complementa la teoría de la ceguera mental, dando explicación a estos nuevos componentes asociados a intereses y conductas repetitivas y restringidas.

A partir de estos nuevos descubrimientos se retoma la hipótesis del cerebro masculino extremo planteada por Asperger en 1944.

Esto surge según el autor, a raíz de que se constatan “(...) claras diferencias de género a la hora de ejercer la empatía (las mujeres puntúan mejor en muchas de las pruebas que miden la empatía) y de sistematizar (los hombres puntúan mejor en las pruebas que implican sistematizar)” (p. 108). Continúa diciendo: “Desde este punto de vista podemos definir al autismo y al síndrome de Asperger como típicamente masculinos” p. 108).

Esta teoría puede ayudar a explicar porque existen un porcentaje tan alto de varones con TEA en comparación con las mujeres. Con una relación de 4 a 1.

Baron-Cohen realiza un análisis comparativo de la mayoría de estas teorías, con una extensa lista de conductas que se observan en el autismo asociadas a áreas sociales. Estos modelos teóricos poseen elementos en común en cuanto ponen el énfasis en habilidades que se adquieren en procesos neuro- madurativo y cognitivo. Estas explicaciones tienen un encare de características psico pedagógicas, las que habilitan a pensar terapéuticamente en estrategias que unen lo psicopedagógico a lo terapéutico, con una mayor importancia en los aprendizajes fundamentalmente de habilidades cotidianas. Se pone el acento en aquellas áreas que en el autismo están afectadas, las que a su vez problematizan la adaptación social. Todos estos modelos hablan del lenguaje, la adaptación social y el área vincular.

Capítulo 3

3.1 Concepto de discapacidad

La definición que la Organización Mundial de la Salud plantea en su página oficial, para el concepto de discapacidad:

Discapacidad es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales. (OMS, 2001)

Cuando se habla de deficiencias, que implican afectaciones en funciones o estructuras corporales, esto también incluye funciones psicológicas, lo que permite la inclusión del autismo dentro de esta clasificación. Allí también se consigna que la discapacidad involucra la interacción entre los aspectos del organismo del individuo y las condiciones sociales en la que vive, determinando un fenómeno complejo, influido por múltiples variantes.

De esta definición se desprende que la situación de discapacidad actual de una persona no queda solo determinada por la deficiencia física concreta o por las limitaciones que esta deficiencia impliquen, sino además por la situación contextual en la que vive cada individuo. Por este motivo la situación sociocultural y el medio en el que se encuentre el sujeto son muy importantes. En especial en el caso del autismo, donde el entorno familiar tanto como el social tienen gran influencia.

En la clasificación de la CIF, se plantea que la situación de discapacidad puede cambiar durante el ciclo de vida de una persona dependiendo del proceso de la afección que transite, del momento evolutivo concreto del sujeto y obviamente de las diferentes situaciones vitales por la que transite, pudiendo resultar favorecedoras o no del proceso de salud. Por ejemplo un proceso de rehabilitación positivo puede determinar que las limitaciones que una persona tenga en determinado momento se vean minimizadas. Mientras por otro lado una sociedad que no favorece la accesibilidad de la persona portadora de discapacidad a los servicios básicos como la salud, vivienda, trabajo y educación pueden agudizar la situación de discapacidad.

Por ende como queda claramente expresado en la definición de la OMS, la discapacidad es un fenómeno dinámico y determinado por múltiples factores que trascienden lo meramente concerniente a los servicios de salud. Sino que por el contrario atraviesa a toda la sociedad en su conjunto y a todos y cada uno de los actores que en ella se encuentran, desde las autoridades encargadas de garantizar los derechos de todos los ciudadanos, pasando por los encargados de proveer servicios asistenciales de salud y educación, por las empresas que destinan recursos

económicos y generan puestos de trabajo, hasta las organizaciones sociales que gestionan en muchos casos aquellos servicios que el estado no provee, especialmente en lo que refiere a educación e inclusión social.

En este sentido concebir el autismo como una discapacidad, resulta de gran utilidad para entender las dificultades con las que se encuentran estos sujetos a la hora de insertarse socialmente por ejemplo en sistemas de educación formal y no formal, ya que las limitaciones que ellos presentan, si bien son muy variadas en tipo y grado de compromiso, implican en todos los casos la necesidad de adaptaciones en el medio. A modo de ejemplo, un niño autista para poder aprender no solo los contenidos formales, sino también las normas sociales necesarias para convivir en el ámbito escolar, necesita de una enseñanza explícita, favorecida por el uso de herramientas visuales concretas.

Es de gran importancia para el psicólogo conocer y comprender claramente cuáles son los grados de afectación en cada caso, poder visualizar las limitaciones que esto implica en la actividad diaria del individuo, que luego en la interacción con el medio se trasladan a sus posibilidades de participación en situaciones vitales y de esta forma lograr una intervención acorde a cada caso. En este sentido el desafío en la labor del psicólogo queda determinado por la posibilidad de articular sus diferentes saberes, para poder realizar intervenciones apropiadas, que permitan al individuo, no solo superar sus limitaciones personales en la medida de lo posible, sino también acompañar a la familia y al entorno más cercano en la búsqueda de las adaptaciones necesarias para lograr así una mejor calidad de vida y facilitar su inclusión social.

3.2 La Clasificación internacional del funcionamiento la discapacidad y la salud: CIF

Para hablar de discapacidad la CIF, es el marco referencial de la OMS y el más usado internacionalmente. Esta forma parte de la llamada “familia” de las clasificaciones desarrolladas por la OMS para codificar diferentes aspectos de la salud. La familia utiliza un lenguaje estandarizado y unificado que facilita la descripción de las diferentes situaciones que involucran la salud y el funcionamiento y permite que sea utilizada por diferentes disciplinas en todas partes del mundo, facilitando la comunicación e investigación interdisciplinaria.

Dentro de esta familia, la CIE-10 clasifica los estados de salud, basada en la etiología, mientras la CIF se dedica al funcionamiento y la discapacidad asociados a los estados de salud. Ambas clasificaciones son complementarias y el usarlas juntas permite dar una visión más global de las condiciones de salud de una persona o población.

La CIF abre la puerta a un nuevo paradigma en relación a la comprensión de la discapacidad y el funcionamiento, que integra las diferentes dimensiones que involucran a la salud, desde una perspectiva biopsicosocial. Este cambio de paradigma implica la integración de dos

modos de entender la discapacidad, el modelo médico y el social, ya que según esta nueva visión, ninguno de estos dos modelos aplicados por separado, pueden dar respuesta a la complejidad que implica la discapacidad.

En esta nueva versión revisada se consideran y permite codificar los aspectos de la salud y algunos aspectos relacionados con ella, como la educación, el trabajo, etc, integrando aspectos positivos y sustituyendo los conceptos de “deficiencia”, “discapacidad” y “minusvalía” por funcionamiento y participación. Esto determina el pasaje de poner énfasis en las consecuencias de las enfermedades, a ponerlo en los componentes de la salud. A su vez para describir los factores de riesgo proporciona una lista de factores ambientales para la descripción del contexto de vida de los individuos.

3.3 La CIF- IA

Continuando con los avances en investigación e intentando atender a toda la población con y sin discapacidad, en 2011 se publicó una nueva versión de la CIF, adaptada a la infancia y la adolescencia la CIF-IA (abreviación de Clasificación internacional del funcionamiento, la discapacidad y la salud, de la infancia y la adolescencia), que por ser una ampliación de la clasificación original mantiene el mismo formato, el mismo lenguaje estandarizado y los mismos criterios generales.

La especificidad de esta clasificación queda determinada por la comprensión de los grandes cambios evolutivos que se dan en el proceso de desarrollo del niño y adolescente, y de la importancia que cobran a la hora de atender el funcionamiento y la discapacidad en estas etapas tan significativas en la vida de un individuo. Esta publicación es de gran importancia a la hora de pensar políticas sanitarias específicas para esta población tan vulnerable, como lo son los niños y adolescentes, donde la promoción y prevención en salud cobran un rol protagónico.

Contar con esta información puede resultar de utilidad para el psicólogo, a la hora de asesorar a las familias en la búsqueda de servicios sociales que puedan ampararlos.

Como señaláramos en el primer capítulo de este trabajo, a partir de los años 80 se instauro un modo de entender el autismo desde una perspectiva de desarrollo y no solo desde la infancia como se hacía hasta ese momento. Esto determina que se piense al autismo en tanto discapacidad como un trastorno que dura toda la vida, y que tiene diferentes modos de presentación según el momento en el ciclo evolutivo. Por lo que cada vez más se intenta dar una pronóstico a mediano y largo plazo, que generalmente no es muy alentador, ya que según Grañana hasta los años 90 el 60% de las personas con este diagnóstico requerían internación en la edad adulta (2014). En este sentido las intervenciones tanto psicológicas, como educativas y médicas, apuntan a una mejor calidad de vida, que propicie un mejor pronóstico a mediano y largo plazo.

3.4 Autismo en la CIF

Tanto en la CIF (2001) como en la versión adaptada a la infancia y la adolescencia CIF-IA (2011) se incluye dentro del capítulo de funciones mentales la categoría de funciones psicológicas globales donde se pueden ubicar a los trastorno del espectro autista:

Funciones psicosociales globales

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.

Incluye: autismo (OMS, 2001, p.84)

Haciendo referencia a estas funciones mentales superiores que se ven alteradas en el autismo, Rivière y Martos (2001) explican que se ven afectadas en mayor o en menor medida “la capacidad de comprender a las personas como sujetos dotados de mente, las destrezas intersubjetivas que permiten compartir estados internos, las funciones de comunicación y lenguaje, las competencias simbólicas y las pautas de acción flexible y significativa” (p. 55). Las restricciones en la participación tienen que ver con las dificultades que el sujeto experimenta al implicarse en situaciones vitales según la CIF (OMS 2001), y estas alteraciones limitan las posibilidades del niño para integrarse en ambientes sociales y educativos, ya que además por lo general no se dan las adaptaciones necesarias para facilitar la inclusión social y educativa.

Gracias a la integración del autismo en la CIF, las personas que padecen este trastorno son consideradas oficialmente como portadoras de una discapacidad, facilitando el acceso de estas a las compensaciones que cada país y/o sociedad debe brindarles para el cumplimiento cabal de sus derechos como ciudadano.

La posibilidad de implementar estrategias de intervención es de suma importancia. Dentro de ellas hay que incluir no sólo al niño, sino a su familia y su entorno. Poner el énfasis en los criterios de salud y no de discapacidad y remarcar la importancia de trabajar desde el inicio con las áreas donde el niño sea más hábil, fortaleciendo sus capacidades para luego atender otros aspectos.

En tanto el término salud es amplio e incluye todas las áreas en que se despliega lo humano, se puede inferir que el trabajo se basa en una concepción integral que atienda los aspectos biopsicosociales e incluya las necesidades y demandas familiares.

3.5 Discapacidad en Uruguay:

En el año 2010 el gobierno uruguayo aprobó la ley N° 18.651 sobre la Protección Integral de Personas con Discapacidad, dejando sin efecto la anterior ley N° 16.095, de 1989. Esta nueva ley decreta en su primer artículo la creación de un sistema de protección integral para las personas con discapacidad:

Artículo 1º.- Establécese un sistema de protección integral a las personas con discapacidad, tendiente a asegurarles su atención médica, su educación, su rehabilitación física, psíquica, social, económica y profesional y su cobertura de seguridad social, así como otorgarles los beneficios, las prestaciones y estímulos que permitan neutralizar las desventajas que la discapacidad les provoca y les dé oportunidad, mediante su esfuerzo, de desempeñar en la comunidad un rol equivalente al que ejercen las demás personas.

En su segundo artículo define lo que se entiende por discapacidad:

Artículo 2º.- Se considera con discapacidad a toda persona que padezca o presente una alteración funcional permanente o prolongada, física (motriz, sensorial, orgánica, visceral) o mental (intelectual y/o psíquica) que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral.

Vale la pena considerar los siguientes artículos donde se expresa con un poco más de detalle algunas de las condiciones generales de esta ley, como lo son la prevención, la rehabilitación y las consideraciones en el marco de los derechos internacionales. Así por ejemplo el Artículo 4º, se concibe a la rehabilitación desde una perspectiva integral, apuntando al logro de los mayores niveles posibles de capacidad del individuo, de su inclusión social y a la eliminación de las limitaciones del medio para el logro de estos fines. Por otro lado en el Artículo 5º se ubica a esta ley en el marco del derecho internacional, en acuerdo con él y dejando reflejados los principales derechos en los que se hace énfasis. Allí también se menciona la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 2006, la cual es ratificada por nuestra legislación, en la ley N° 18.418, aprobada en 2008.

En este marco, el psicólogo debe conocer los diferentes mecanismos estatales para facilitar la accesibilidad a sus derechos de las personas con TEA, para poder realizar un asesoramiento adecuado.

Capítulo 4

4.1 Intervenciones del Psicólogo en el abordaje de niños con TEA y sus familias.

Así como existen varios modos de entender los TEA, también existen diferentes modalidades de intervención que se desprenden de estos y que podemos identificar en dos grandes grupos: los modelos psicodinámicos y los modelos que se basan en un enfoque neuropsicológico o de neurodesarrollo, del que se desprenden las terapias llamadas cognitivo-conductuales. Estas últimas toman como insumo los aportes de las teorías psicológicas de origen experimental como lo son la Teoría de la ceguera mental, la teoría de la coherencia central débil o la teoría de la empatía-sistematización, entre otras.

Nora Grañana (2014) define una intervención como “cualquier acción terapéutica o de tratamiento diseñada para ayudar a personas con autismo a reducir o curar los síntomas nucleares, mejorar la habilidades adaptativas de la vida diaria, (...) y mejorar la calidad de vida” (p. 89).

Plantea un enfoque neuropsicológico y describe tres aspectos que entiende fundamentales para el tratamiento de los trastornos del desarrollo. Estos son: La posibilidad de corregir las causas neurobiológicas, la rehabilitación neuropsicológica y la intervención socio-ambiental que incluye a su vez un abordaje de la familia por un lado y la situación socio-ambiental propiamente dicha.

Esta autora hace especial hincapié en la importancia de una intervención oportuna, para favorecer las posibilidades de recuperación, aprovechando “la plasticidad del cerebro a edades tempranas y plantear el método más eficaz de acuerdo con la evaluación neuropsicológica y el perfil de fortalezas y dificultades para el aprendizaje”. (p.90)

En las entrevistas realizadas a Psicólogos de nuestro medio que trabajan con niños con diagnósticos de TEA y que adhieren a diferentes encuadres teóricos (psicoanalítico y neurocognitivo), también se destaca la importancia de que la intervención sea “cuanto más temprano mejor”, como dice el Psicólogo Dr. Ignacio Navarrete, director del Departamento de Psicología del Desarrollo y Educacional, de la Universidad Católica del Uruguay.

Continuando con su propuesta Grañana (2014) remarca la necesidad de generar una propuesta de intervención individualizada que tenga en cuenta las posibilidades de cada niño en cada momento evolutivo. Plantea una serie de principios generales que debe cumplir toda intervención en autismo, propone como punto de partida un análisis que realizó el Consejo Nacional de Investigación de los Estados Unidos (NRC) sobre los llamados PEI (programa educativo individualizado) publicados hasta 2001. De este estudio se extrajeron “diez modelos que reúnen evidencia científica de que se producían mejoras en los síntomas”(2014, p. 93). Estos programas tenían bases en la psicología conductual y en psicología evolutiva, y sus principios generales son:

- Inicio temprano del tratamiento

- Intervención intensiva en horas
- Participación familiar
- Formación profesional específica
- Programa individualizado
- Objetivos con secuencia pedagógica sistemática
- La cantidad de alumnos por docente es baja
- Generalización planificada de aprendizajes.

Los diez programas seleccionados en el estudio del NRC se subdividen en:

Por un lado los basados en la psicología conductual y con análisis de conducta aplicada (ABA), que a grandes rasgos implica el estudio de “cómo aprende el individuo en relación con el ambiente”, para “fragmentar en pequeños pasos los logros y luego dar felicitación o recompensa” (p. 99).

1. Proyecto de autismo de Lovaas (UCLA).
2. Programa TEACCH de Schopler (Universidad de Carolina del Norte).
3. Modelo Pivotal Response Training (PRT) de Koegel y Schribman.
4. Programa de aprendizaje incidental temprano (Universidad de Emory).
5. Modelo conductual de la Unidad infantil de Romanczyk.
6. Programa LEAP (Universidad de Colorado).

Y por otro los basados en la psicología evolutiva, que “(...) estudian el desarrollo típico, siguiendo las tendencias genéticas” (p. 103). Estos programas estimulan la secuencia natural del desarrollo, y son los siguientes:

1. Modelo DIR/Floortime, de Greenspan y Wieder.
2. Modelo de Denver, de S. Rogers (Universidad de Colorado).
3. Modelo Douglass (Universidad de Rutgers).
4. Programa de apoyo de Tampa.

Vale la pena realizar alguna puntualización en relación a ciertos programas, que son los más usados por los psicólogos entrevistados, así como los más citados en la bibliografía sobre el tema (Rivière, Valdez)

Uno de ellos es el propuesto por Lovaas (1981), quien retomó los principios básicos de la psicología conductual, como los son el condicionamiento operante y los programas de reforzamiento propuestos por Skinner (1954), para diseñar el método de análisis de conducta aplicado, ABA (applied behavioral analysis). En este modelo se le considera como la unidad básica del condicionamiento operante al llamado ensayo discreto, el que está compuesto por el estímulo o consigna que se le pide al niño, la respuesta que este realiza y la consecuencia o refuerzo por haberlo hecho. (Grañana, 2014).

Este autor afirma que se basa en principios científicos del comportamiento ya que según él “los niños autistas no aprenden natural y espontáneamente en ambientes típicos, como lo hacen

los demás niños. Entonces, se intenta construirles comportamientos socialmente útiles, trabajando también para reducir los problemáticos” (Lovaas, 2000, citado en Montalva, Quintanilla, & Del Solar, 2012).

Para cumplir con estos objetivos se realiza un análisis individualizado de las conductas del niño basado en los principios del aprendizaje y la motivación y se trabaja en conjunto con la familia para así intervenir creando un ambiente estructurado que le permita al niño la comprensión clara de lo que se espera de él. Si este planteo lo analizamos desde los postulados de la teoría de la mente, vemos que al simplificarle el mundo y darle consignas simples y claras el niño va a poder entender mejor lo que se le pide sin enfrentar frustraciones producidas al tener que recurrir a esa capacidad que no tiene desarrollada.

En ocasiones se observa que los niños se desorganizan cuando no pueden entender lo que pasa en su entorno, o lo que se le está pidiendo, hacerle más accesible el mundo complejo en el que viven ayuda también a una mayor organización interna. Este método consiste en dividir las tareas en pasos sencillos y con un orden determinado, que implica que cada uno prepara el camino para el próximo. Primero se le pide que realice una tarea, es muy importante que al comienzo sea algo que el niño puede realizar para que no se frustre, ya que cuando estos niños se frustran por lo general no lo vuelven a intentar. Luego se espera la respuesta, y cuando lo logra se le da una consecuencia o refuerzo positivo, como un juego que le guste o una felicitación, que “le permita asociar el aprendizaje con una experiencia agradable”, lo cual lo predispone positivamente para este desafío. Este formato se llama ensayo directo y es usado no solo para la adquisición de nuevos aprendizajes, sino también para fomentar la aparición de los prerrequisitos necesarios para el aprendizaje, tales como que el niño preste atención, que comprenda consignas simples, que tenga consistencia, es decir que las pueda concretar en el momento que se le pide y que pueda controlar las conductas inapropiadas (Grañana, 2014).

Se encuentra que este método “logra mejoras contundentes en el desarrollo cognitivo, la comunicación y el control de conductas inapropiadas” (Lovaas, 1987, citado en Grañana, 2014, p.132). Para disminuir las conductas inapropiadas, se usan los mismos principios que para el aprendizaje, detectando en el entorno cuáles pueden ser las situaciones que obren de refuerzo de esas conductas y controlarlas externamente.

Existen manuales para la implementación de estos programas, como el ME book de Lovaas (1981).

Con los años se han logrado ajustes en estos programas, estableciendo que 20 horas semanales individuales al comienzo del tratamiento son las indicadas, que se debe trabajar en contextos lo más naturales posibles, haciendo énfasis en el desarrollo de emociones y aprendizaje por imitación, e insistir en la importancia de que los padres formen parte del diseño de los programas, para que puedan trabajar la generalización de los mismos en la vida cotidiana. (Grañana, 2014).

Otro programa es el TEACCH: Tratamiento y Educación de Niños Autistas y con Trastornos de la Comunicación relacionados de la Universidad de Carolina del Norte. (Schopler y cols., 1995; Marcus y cols., 2000; Watson y cols., 1989 citados en Grañana, 2014). Este programa “pone el eje en la comunicación, la organización de la conducta, y las habilidades espacio temporales” (p. 102)

Con este modelo se comenzó a trabajar el uso de agendas o cronogramas para la organización del tiempo y la disposición de los espacios en el aula para que el niño pueda anticipar y comprender mejor lo que se espera de él, secuencias de autovalimiento, uso funcional de los aprendizajes en la vida diaria y tareas independientes para hacer de forma autónoma (Grañana, 2014).

La organización del tiempo en las actividades, a través del uso de estas agendas o cronogramas permite al niño anticipar lo que va a suceder y por ende bajar los niveles de ansiedad generados por la dificultad en la comprensión de lo que se espera de él.

Tomando en cuenta las nociones de la teoría de la ceguera mental de Baron-Cohen, el niño con TEA al no tener desarrollada la llamada teoría de la mente, no puede leer la información no verbal que el otro transmite a través de los gestos o entonación de la voz, de hecho por su comprensión literal del lenguaje, tampoco logran comprender el lenguaje verbal, sin embargo tienen más desarrolladas habilidades visuales. Este modelo, toma como punto de partida los modos particulares de aprender que tienen estos niños, trabajando desde sus fortalezas con claves visuales, como pueden ser dibujos, fotos, pictogramas, objetos, etc., que muestran al niño la secuencia de las actividades que va a realizar.

Según Marcus y Schopler (2000) la utilización de cronogramas “(...) le permite al niño organizar y anticipar las actividades tanto en la terapia individual como en la escuela, en todas las situaciones familiares y de la vida diaria” (citado en Grañana, 2014, p. 137).

El niño autista necesita que se le dé información clara y concreta para poder interpretarla, por lo que el exceso de palabras puede resultar un agente distractor para el niño.

La implementación de un cronograma puede comenzar simplemente ordenando de una forma determinada cajas con los materiales con los que se va a trabajar, para luego pasar al uso de pictogramas o imágenes sobre un cartón, por ejemplo. Los objetivos del uso de un cronograma son: lograr la organización espacio-temporal, anticipar la actividad y la duración de la tarea, promover la motivación intercalando actividades del interés del niño con otras de mayor exigencia, promover la independencia. (Grañana, 2014)

Otra de las estrategias para la organización de la conducta en el ámbito escolar es realizar modificaciones del ambiente necesarias para lograr la consistencia. Por lo que se recomienda que el área de estudio esté alejada de ambientes ruidosos o estimulantes, delimitar clara y visualmente el área de trabajo, disponiendo del mobiliario de tal modo que no entorpezca los movimientos del niño.

Para trabajar la autonomía, el modelo TEACCH tiene un sistema llamado de tarea independiente, el cual consiste en que luego que el niño aprende a realizar una tarea adecuadamente, se le entrega una bandeja o carpeta con esos materiales ordenados, los cuales determinan la consigna en sí mismos y el niño debe realizarlo solo, el adulto no está a la vista y puede colocarse detrás del niño para supervisar de ser necesario.

Según Grañana la tarea independiente se utiliza para fomentar de manera autónoma la atención, la autoorganización y para incrementar la tolerancia a los tiempos de espera.

Por otro lado tenemos las terapias basadas en modelos de la psicología evolutiva, como lo es el modelo DIR/Floortime, que es un programa de intervención relacional, desarrollado por Greenspan y Wieder en 1998. (Grañana, 2014).

Este programa se focaliza en las etapas del desarrollo emocional del niño pequeño, y se propone estimular habilidades emocionales de forma evolutiva.

Esta estimulación consta de 6 etapas:

(...) mejorar la atención compartida y la regulación de la conducta, incrementar el vínculo con otras personas, estimular la reciprocidad afectiva y la comunicación con gestos, establecer comunicación social compartida presimbólica y compleja con resolución de problemas, usar ideas simbólicas y creativas, e ideas lógicas, abstractas y razonamientos. (Grañana, 2014, p. 104)

La autora dice que se ha demostrado mejoría significativa en niños que fueron tratados con este modelo, en las escalas CARS (escala de puntuación de autismo en niños), en habilidades adaptativas e interacción social, pero no en escalas formales de lenguaje.

Por último, considerando que todos los modelos de intervención hacen hincapié en la importancia de trabajar la comunicación, tanto en niños que logran un lenguaje verbal pero que no comunican, como en aquellos que aún se encuentran en etapas pre-verbales, no debemos dejar de lado los modelos de comunicación aumentativa y/o alternativa. Los sistemas de comunicación alternativa son aquellos programas visuales, que mediante el uso de gestos, carteles o pictogramas, reemplazan el lenguaje verbal, mientras que los que usan en forma simultánea las consignas verbales y visuales se llaman aumentativos. Estos últimos no pretenden reemplazar el lenguaje oral sino por el contrario potenciar las posibilidades del niño de comprender el lenguaje, mientras que otorga un sistema de comunicación adecuado hasta que el niño logre hablar. (Grañana, 2014)

Uno de estos sistemas es el llamado PECS (Sistema de intercambio de figuras para la comunicación), que cuenta con “pruebas de eficacia clínica excelente para mejorar la comunicación en autismo” (Grañana, 2014, p 141).

Este sistema se dedica a facilitar la comunicación espontánea, partiendo del entrenamiento en el uso de pictogramas y consta de seis fases: el intercambio físico, aumento de la espontaneidad, discriminación de la figura, estructura de la frase, responder a la pregunta ¿qué

quieres?, respuesta y comentarios. Este sistema permite que el niño pueda hacerse entender, por ejemplo para pedir algo que desea. Además de tener una finalidad comunicativa este método permite que el niño pueda manejar mejor la frustración y los tiempos de espera.

Este tipo de herramientas desarrolladas básicamente en países del primer mundo, son de gran utilidad para el tratamiento del autismo, sin embargo uno de los entrevistados Ignacio Navarrete plantea que se requiere de una adaptación a nuestro medio, por varios motivos. Uno de ellos es por ejemplo el alto costo que implica una dedicación personalizada de 20 horas semanales como plantea el modelo ABA. Otro motivo es la necesidad de que sea cual fuera la modalidad de intervención que se elija, la cual generalmente integra aportes de varias de estas propuestas, debe ser continuada en casa y en el centro educativo que el niño concurre para lograr mejores resultados. Por ello resulta prudente comenzar con una propuesta menos ambiciosa, que focalice los puntos que se entienden como básicos e importantes en cada caso, siempre en concordancia con el entorno familiar, para luego ir agregando mayores desafíos.

Uno de los aportes más significativos que hacen estas propuestas es la inclusión de la familia, no solo para acompañar el tratamiento del niño, sino en el propio proceso de elaboración y ejecución de la propuesta terapéutica, lo cual favorece aún más el compromiso y adhesión a la misma.

4.2 Modelo psicoanalítico

Según Prego (1999) “el término tratamiento conlleva la noción de curación de la enfermedad hacia la cual está dirigido” (p. 135). Sin embargo, como él mismo lo expresa, en el autismo esto aún no es posible, por lo que cualquier intervención en la actualidad apunta a aliviar los síntomas, algo no menor, considerando lo invalidantes que pueden llegar a ser algunos de ellos, como las estereotipias, los intereses excesivamente restringidos, la inflexibilidad de acción y pensamiento.

El autor plantea que la complejidad del tema queda determinada en parte por la heterogeneidad en los modos de presentación del autismo y actualmente aún más, si consideramos la nueva clasificación internacional que amplía el rango de afectación con la introducción de la visión dimensional de los Trastornos del Espectro Autista. Por ello, el abordaje del autismo debe ser interdisciplinario, y para eso es preciso compartir una concepción teórica sobre el tema y una revisión conjunta y constante del trabajo.

Para el psicoanálisis “no hay una técnica terapéutica para todos los autistas, sino que cada uno tiene sus particularidades” (Prego p.138). Uno de los aspectos más importantes para todos los autores psicoanalíticos es el vínculo con las figuras parentales, fundamentalmente con la madre, el trabajo del psicólogo debe integrar a dichas figuras en el proceso terapéutico. Cabe resaltar que según sea el modelo que se tome como base, el trabajo puede ser dirigido a propiciar que la madre

pueda ser una figura continentadora suficientemente buena (Winnicott), o puede ser orientado a trabajar el rechazo que el niño genera en los padres. (Bettelheim)

A su vez autores como Marta Ruiz (1999) hablan de la importancia de trabajar el vínculo con la figura materna, ya que en ese vínculo primario el sostén materno permite la integración de un yo en formación, que a su vez se asienta en un yo corporal. Enfatiza en la importancia del trabajo sobre el cuerpo del niño autista, que está pobremente integrado: "Es a ese cuerpo no libidinizado, predominantemente biológico, al que nos acercamos y al cual debemos estimular" (en Prego, 1999, p. 142).

En este sentido la labor del terapeuta consiste, en aportar al niño la catexis necesaria para que pueda reconocer, organizar y simbolizar su cuerpo, y así pasar de la necesidad al deseo. La labor psicoanalítica debe apuntar a la unidad psicosomática, la inserción en la transicionalidad, la ubicación en el tiempo y la relación con el espacio.

La noción de objeto permanente, permite al niño a través de las representaciones de objeto acceder al pensamiento simbólico, condición imprescindible para adquirir el lenguaje. Esta postura se centra en la unidad psique-soma, y pone a la función materna y a la captación del afecto, primero por la madre y luego por el propio niño, como los responsables de sostenerla.

Otra de las labores del técnico consiste en el trabajo con los padres, para que puedan sentirse padres, ya que su hijo no les devuelve la sonrisa, la mirada, los balbuceos, a través de los cuales son reconocidos por él como padres. Se plantea que el plan de intervención debe incluir la ayuda a los padres para reparar la herida narcisista y con ella devolverles la confianza en su función paterna.

El trabajo con los padres es muy importante ya que a través de la relación intersubjetiva con la madre es que el niño podrá crear el objeto y a partir de ahí instalarse en el mundo simbólico. En definitiva entonces para comenzar un tratamiento es preciso contar con un conocimiento global de la situación de cada niño y un enfoque teórico referencial que sustente la intervención.

Los objetivos que se pueden plantear desde un enfoque psicoanalítico según Ruiz, son: que el niño logre mayor integración y reconocimiento de su cuerpo, que este le sirva para comunicarse con el medio y no como barrera, que las nuevas sensaciones se transformen en percepciones que le permitan la representación del objeto, ayudar al orden del mundo externo a través de un orden espacial y temporal, que logre diferenciar el adentro del afuera y por consiguiente un yo y un otro diferente, la creación y ordenamiento de un mundo interno a través de representaciones mentales, la internalización de los objetos y la estructuración del yo.

Para cumplir estos objetivos, el terapeuta "le prestara su propio cuerpo como sostén y como límite" (en Prego, 1999, p. 149), tomando a lo que se actúa como punto de partida, para luego pasar al uso del lenguaje, pero como sostén de la acción. Este planteo coincide con el modelo que propone Susana Sternbach.

En la técnica psicoanalítica hay determinados aspectos importantes que se deben tener en cuenta siempre, sin embargo en éste ámbito en particular algunos cobran una importancia singular, como por ejemplo el encuadre. El lugar físico debe ser único y siempre el mismo, y las dimensiones deben ser apropiadas para las características de estos niños: “ya que es necesario que nosotros le ofrezcamos aquello de lo cual el autista carece: los límites y la falta de continente” (Ruiz, en Prego, 1999, p. 150). Esto es, no demasiado grande, para que el niño no se sienta perdido en el espacio, ni demasiado pequeño ya que debe permitirles el deambular, que para ellos el moverse constituye un fin en sí mismo. Otro aspecto importante es cuando el niño quiere salir de la sala. Es importante identificar porque quiere salir, ya que pueden existir múltiples razones, puede ser por la dificultad para ver, sentir y aceptar límites debido a que se mueve en un espacio vacío y sin límites. En todo caso la “contención oportuna, firme y cálida ayuda a crear los límites y a la estructura del yo” (Ruiz, en Prego, 1999, p. 150).

En cuanto al horario, debemos tener en cuenta que deben ser constantes para que el niño pueda tener un tiempo interno vivencial, que lo ayude a organizar su mundo interno. Con respecto a la duración mantener un tiempo fijo, que puede variar en cada caso, ayuda a la creación de un tiempo interno.

Una de las herramientas más importantes, desde Melanie Klein en adelante para el trabajo con niños es la hora de juego, estrategia básica para el trabajo con niños en general. En el caso de los niños autistas cobra un sentido particular, ya que los elementos de la caja de juego no son usados con el fin de que el niño pueda simbolizar sus conflictos, como con un niño neurótico. Por esta razón se eligen materiales más figurativos y resistentes, para evitar que al romperse puedan desencadenar en reacciones de pánico. También se debe indagar con la familia, cuáles son sus objetos preferidos y cuáles rechaza para tenerlo en cuenta a la hora de seleccionar el material de la caja de juegos. El uso de la caja de juegos sirve para trabajar el adentro y el afuera en la búsqueda de un objeto que no se ve dentro de la caja, al encontrarlo “el niño autista lo crea cada vez hasta que una vez internalizado lo recrea” (Ruiz, en Prego, 1999, p. 152).

Es importante introducir pequeños cambios que el paciente pueda aceptar para ver su evolución, ayudándolo de este modo a avanzar hacia el mundo de los objetos con la base de un ambiente ordenado y estructurado que le aporta confianza, esto permite en palabras de Ruiz ayudarlo “a través de un continente dado por el espacio, el tiempo y la constancia, a pasar de un objeto parcial a un objeto total” (p. 153).

Capítulo 5

5.1 Reflexiones y articulación con las entrevistas

Comenzamos este trabajo, haciendo referencia a las estadísticas en relación a la prevalencia de TEA en el mundo y en nuestro medio. Resulta muy impactante pensar que 1 de cada 88 niños presenta este trastorno, lo que demanda a los profesionales de todas las áreas que tienen injerencia en el tema, a repensar los diferentes formatos de intervención, ya que esto implicaría que unas 30.000 personas en Uruguay la requieran.

Si bien estos datos se pueden relativizar, debido a que no contamos con información estadística nacional, y que otras estadísticas internacionales manejan números no tan elevados de prevalencia de 6,2/1000 (citado en Grañana, 2014, p.54), resulta evidente que existe un número creciente de personas con este diagnóstico. Este aspecto queda reflejado no solo en la bibliografía tomada, sino también en las entrevistas realizadas a Psicólogos de nuestro medio que trabajan con pacientes con TEA. El aumento se puede explicar en parte, por el cambio de paradigma en torno a los manuales de clasificación, con la inclusión del concepto de espectro, pasando de una clasificación categorial donde se cumplía o no con los criterios diagnósticos, a una clasificación dimensional donde se puede ir desde los rangos más cercanos a la normalidad, hasta cuadros de mayor gravedad. Esto lleva según la mayoría de los autores a incluir más casos dentro del diagnóstico de TEA. Otra razón puede ser que los técnicos encargados de detectar y diagnosticar este trastorno, cuentan con mejores herramientas y están mejor formados. Otras hipótesis hablan de factores ambientales que puedan estar en juego, como tóxicos, alimentos, alergias, vacunas, pero no se ha demostrado nada al respecto aún. Y finalmente están la hipótesis que hablan de “ciertos cambios culturales en la parentalidad” que sumados a factores constitucionales podrían explicar este aumento en la prevalencia, como lo expresa Víctor Guerra en entrevista.

Es claro que todos están de acuerdo en el aumento del diagnóstico, así como de la ampliación del espectro, especialmente hacia casos más leves. Tanto los casos más ajustados al diagnóstico clásico de autismo, que constituyen el grupo de mayor vulnerabilidad, por la gravedad de sus síntomas, como los más leves asociados al trastorno de Asperger, requieren una atención especializada en diferentes áreas, para poder garantizarles el acceso a sus derechos como ciudadanos y a una mejor calidad de vida.

Ahora bien, ¿qué implica en la vida de una persona tener un TEA? y más aún, ¿qué implica para una familia que uno de sus integrantes padezca este trastorno? ¿Qué implica que un niño cumpla con los criterios diagnósticos de TEA en su vida cotidiana, en sus posibilidades de inserción social, en sus posibilidades de desarrollo personal, en su calidad de vida?

Queda en manos del profesional buscar esas respuestas, realizando una buena anamnesis o evaluación de la situación global de cada niño y su entorno más cercano.

Sabemos que un niño que no aprende a hablar a los 3 años por ejemplo, difícilmente pueda integrarse adecuadamente en uno de los primeros lugares de integración social como puede ser el jardín de infantes, ya que además muchas veces ni siquiera logra una buena integración en su propia familia. Es común ver que algunos niños son excluidos de muchas actividades familiares como cumpleaños o paseos, por generarles perturbación que pueden desembocar en crisis de gritos o llantos, e incluso con hetero o auto agresividad. Este tipo de situaciones son muy difíciles de manejar para las familias y llevan a un desgaste en el vínculo. La psicóloga Carina Fernández (en entrevista) nos dice que es preciso trabajar con las familias justamente para evitar ese desgaste en el vínculo, que a posteriori puede dificultar el tratamiento, ya que los padres lejos de ser los responsables del sufrimiento del niño, son los principales aliados para su tratamiento.

Víctor Guerra, por su parte dice: “nosotros somos guardianes del narcisismo, tenemos que cuidar el narcisismo de los padres” para como diría Marta Ruiz: “devolverles la confianza en su función paterna” y así poder “convertirse en verdaderos co-terapeutas” (en Prego, 1999, p. 148). En esta misma línea Grañana (2014) considera de gran importancia “la contención psicológica y el afrontamiento de situaciones de estrés crónico que genera convivir con un familiar con autismo” (p.107). En este sentido, es preciso conocer exactamente qué implica para cada familia tener que lidiar con este tipo de dificultades, para poder realizar una intervención acorde a sus necesidades. Sería imposible abarcar la complejidad que encierra todo lo que sucede en torno al TEA. Son muchas las preguntas y pocas las respuestas: ¿Cuáles son las causas? ¿Qué pasa en la mente de una persona con TEA? ¿Es posible curarlo? ¿Cuál es la mejor manera de tratarlo? ¿Cómo atender una gama tan amplia de signos y síntomas? La mayoría de estas cuestiones no tienen respuesta y así cada técnico va creando su propia visión de lo que cree que sucede, adhiriendo a una u otra teoría, para sustentar una intervención que a pesar de tener objetivos claros y marcados dentro de cada enfoque, continúa siendo a tuestas, dejando librado a las capacidades del técnico de poder leer en cada individuo las señales, que lo acerquen a entender sus necesidades, para realizar una intervención apropiada. En este sentido Carina Fernández (en entrevista) nos dice: “no voy a acomodar jamás un niño o una situación a una teoría” y continua diciendo: “(...) mi respaldo es la teoría, no la pongo adelante. Adelante es mi humanidad y la humanidad del otro, es la persona que está ahí”.

Actualmente no se ha encontrado ningún tratamiento que cure totalmente el TEA, sin embargo sí existen múltiples tratamientos que permiten mejorar significativamente la calidad de vida de las personas con autismo. Grañana (2014), manifiesta que cuando se hace el diagnóstico “no se considera la curación, sino los distintos grados de discapacidad de acuerdo con la gravedad de los síntomas” (p. 75). La rehabilitación apunta a mejorar la calidad de vida del individuo y su familia, a que logre el mayor grado de autonomía posible para la gravedad de su cuadro y a evitar lo más posible la necesidad de la internación en la vida adulta. Si bien no hay datos suficientes, se

supone que la rehabilitación neuropsicológica puede reducir hasta en un 30% los requerimientos de internación en la adultez (Grañana, 2014).

Aún nos encontramos lejos de poder comprender cabalmente lo que sucede en el TEA. Sin embargo estamos mucho más cerca que hace uno 20 o 30 años, por lo que de nosotros depende continuar investigando para encontrar, si no la cura (porque esto sería aún muy difícil), la comprensión clara, precisa y universalmente aceptada de cuáles son las causas del autismo. Y digo causas, porque sí es evidente la influencia de múltiples factores en el desarrollo de este trastorno, tan enigmático como interesante.

Por ello se torna necesario para comprender y ejecutar una intervención psicológica, es importante conocer con claridad el marco teórico en el cual se apoya dicha intervención. Los autores estudiados plantean sus modalidades de intervención partiendo de enfoques específicos, ya sean desde una perspectiva cognitivo-conductual (Baron- Cohen, 2010) o desde una psicoanalítica (Tustin, 1984).

Actualmente se encuentran cada vez más propuestas de intervención que apuntan a lo psico-educativo (Rivière 2001, Martos 2001, Valdez, 2011) que pretenden integrar los aportes de la psicología, especialmente desde lo cognitivo-conductual y de la educación.

Por otro lado aún hoy existen autores que no solo no tienen en cuenta otros enfoques, sino que además rechazan rotundamente posturas que se plantean como contrarias u opuestas a la suya (Cechi 2009). Sin embargo en las entrevistas que hemos realizado a Psicólogos que adhieren a diferentes encuadres teóricos (Psicoanalíticos y cognitivo-conductuales), se desprende la idea de apuntar cada vez más a enfoques más integradores que al menos tengan en cuenta otros modos de entender el autismo, que no necesariamente tienen que ser excluyentes con su marco de referencia, sino que pueden ser complementarios. Esto no significa que el psicólogo que trabaja con TEA tenga que manejar todas las técnicas existentes, ni siquiera que tenga que conocer en profundidad todos los enfoques teóricos. Pero sí que en los tiempos actuales, donde aún no se ha encontrado un modo único universalmente aceptado para tratar el TEA, es necesario conocer y tener en cuenta los diferentes aportes que cada enfoque psicológico puede hacer, a la labor del psicólogo. Existen infinitudes de modalidades de intervención imposibles de abarcar. No se trata de que el psicólogo se transforme en un omnisapiente, pero sí que pueda contar con la formación específica adecuada, con un marco teórico de referencia, y con un espectro amplio de herramientas de intervención.

A su vez, es preciso conocer las modalidades de intervención que utilizan otras disciplinas que resultan complementarias, para poder asesorar a las familias en la búsqueda de los tratamientos más adecuados para cada niño en cada momento evolutivo.

Ya Vida Maberino en 1999 hablaba de la importancia de generar puntos de encuentro entre los distintos enfoque sobre el autismo. Ella dice que debemos “construir ese puente (...), para que

el niño y sus padres reciban la atención que necesitan, desde diferentes perspectivas, pero estas unidas en un esfuerzo común” (en Prego, p. 18).

Otro aspecto muy importante en la intervención es el inicio temprano del tratamiento, ya que es determinante en la evolución del mismo y posterior pronóstico. En este sentido Ignacio Navarrete (en entrevista), destaca la importancia de que la intervención sea “cuanto más temprano mejor”. Alicia Zabala por su parte, dice (en entrevista) que es “esencial en los trastornos del espectro, intervenir antes de los 18 meses”, aun cuando no esté el cuadro totalmente configurado y por ende no se pueda realizar un diagnóstico, justamente porque “cuando ya está instalado, es difícil movilizar toda esa estructura que ya se armó”. Ella sostiene que se debe trabajar sobre los indicadores precoces, que si bien no son determinantes de un futuro diagnóstico de TEA, son indicadores de riesgo y a edades más tempranas contamos con “una plasticidad neuronal, una plasticidad psíquica que permite que se hagan cambios”.

Para ello la detección precoz de estos indicadores, es de gran importancia, ya que son señales de alerta que es preciso atender, y ahí tanto los pediatras como los educadores que trabajan en guardería o jardines de infantes tienen un papel primordial. De ahí la importancia del trabajo en equipo y de modo interdisciplinario. Como lo señala Carina Fernández, el psicólogo puede intervenir de diferentes maneras y en diferentes momentos, no solo en el proceso de diagnóstico y tratamiento, que como vimos pueden darse en paralelo, trabajando con el niño y la familia; sino también en lo que ella llama “espacios comunes”, es decir en los jardines de infantes por ejemplo, asesorando y apoyando a los equipos educativos en la detección y en los procesos de inclusión. El psicólogo especializado también puede jugar un papel muy importante en la formación de otros profesionales.

Otro rol muy importante que nuestros entrevistados destacaron es la viabilización de un vínculo entre los distintos profesionales que atienden al niño entre sí y el entorno más cercano, como dice Carina Fernández: “El rol del psicólogo como el que está interrelacionando y favoreciendo la comunicación”, en todos los órdenes. Es decir, entre los padres y el niño, entre los padres y el equipo de salud y entre los docentes y la familia, etc.

Queda claro que cualquier profesional que trabaje con niños o adultos con TEA, requiere de una formación y experiencia específica, por la complejidad que encierra este tipo de intervenciones. Esto resulta un tanto difícil en nuestro medio por los escasos espacios de formación que existen, por lo que corre por cuenta del propio profesional encontrar los caminos en la búsqueda de esa formación específica, que necesariamente tendrá que ser apuntalada por otros profesionales con mayor experiencia.

5.- CONSIDERACIONES FINALES

A la hora de elegir un modelo de intervención se debe considerar en primer lugar las características específicas del niño, realizando una evaluación o anamnesis minuciosa, ya que cada caso es único y singular en su modo de expresión, para luego partiendo de un marco teórico referencial que sustente la intervención, elegir las estrategias que se entiendan más adecuadas a cada individuo.

A lo largo de estos años han aparecido trabajos, investigaciones y modelos teóricos que han intentado dar explicaciones y respuestas definitivas sobre el autismo. Hoy sabemos que no hay resultados concluyentes desde ninguno de los modelos.

El técnico debe elegir tomando en cuenta, las características singulares de cada niño, y la situación particular del niño inserto en una familia particular. En muchos casos además debe haber una combinación de tratamientos, no sólo en cuanto a intervenciones multidisciplinarias, sino también desde diferentes modelos psicoterapéuticos. Volviéndose una opción válida la combinación de lecturas psicoanalíticas con técnicas cognitivo- conductuales.

En el modelo cognitivo- conductual el énfasis está puesto en logros en los aprendizajes y en los aspectos adaptativos el psicólogo cuenta con una serie de técnicas y de herramientas tendientes a la adquisición de conductas habilidades y aprendizajes que lo ayuden a lograr procesos adaptativos y de inserción social. Mientras que los modelos psicoanalíticos proveen herramientas teóricas que permiten que el psicólogo trabaje con un mundo interno, en pos de ayudar al niño y a sus familias a manejarlas para posibilitar una mayor integración y organización psíquica. Esos logros permitirán que el niño acceda a procesos adaptativos y de mayor integración social.

Es en el ámbito de los métodos cognitivo- conductuales donde habría una proliferación de trabajos de investigación con líneas diferentes, aunque basadas todas ellas en la ideas de una base orgánica, aun cuando esta patología orgánica, no ha sido cabalmente detectada ni se plantea una única línea de investigación. Los mayores aportes parecen estar en el caudal de experimentación en las que toman cada área afectada para analizar. Esto lleva a establecer mediciones y cuantificaciones de las distintas conductas del niño, que si bien no brindan respuestas definitivas sobre las causas, si aportan estrategias al psicólogo en su quehacer.

Cada una de las herramientas puede ser útil, y beneficiosa, de todos modos no se puede asegurar que el trabajo con estos niños dé algún tipo de resultado. La consideración más importante sería poder realizar un seguimiento de cada caso en particular.

Si bien no se ha consolidado aun un modelo de abordaje integrador que incluya dentro de una misma mirada lo biológico, neurológico, cognitivo-conductual e intersubjetivo Estamos en condiciones de aseverar una evolución tanto en el entendimiento, como en el diagnóstico y en la intervención de la problemática que padecen las personas con autismo.

Por lo que el desafío para el psicólogo reside en encontrar su propia modalidad de intervención, siendo esta lo más abarcativa posible, para en el encuentro con la singularidad de cada persona, desplegar las herramientas específicas para dar respuesta a las necesidades del sujeto, desde una perspectiva biopsicosocial.

6.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Artigas-Pallares, J, Paula, I. (2012) El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger. *Rev. Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32(115). Recuperado de:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S021157352012000300008&script=sci_arttext&lng=enandother
s

Artigas-Pallarés J, Guitart M, Gabau-Vila E. (2013). Bases genéticas de los trastornos del neurodesarrollo. *Revista de Neurología*, 56 (1), 23-34. Recuperado de:
<http://www.neurologia.com/pdf/web/56s01/bjs01s023.pdf>

Asociación Americana de Psiquiatría (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR*. Barcelona, España: Masson.

Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5*. España: Editorial médica panamericana.

Baron-Cohen, S. (2010). *Autismo y síndrome de Asperger*. Madrid, España: Alianza Editorial.

Cecchi, V. (2009). ¿Qué es el autismo infantil? *Itinerario*. 5 (12). Recuperado de:
<http://www.itinerario.psico.edu.uy/revista%20anterior/Queeselautismoinfantil.htm>

Frit, U. (2011). *Autismo: hacia una explicación del enigma*. Madrid, España: Alianza Editorial.

Grañana, N. (2014). *Manual de intervención para trastornos del desarrollo en el espectro autista*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.

Kanner, L. (1943) Trastornos autistas de contacto afectivo. *Revista española de de discapacidad intelectual Siglo Cero* N° 149. Recuperado de:
<http://www.uca.edu.ar/uca/common/grupo11/files/autismo-2013/TRASTORNOS-AUTISTAS-DEL-CONTACTO-AFECTIVO.pdf>

Ledoux, M, (1984), *Concepciones psicoanalíticas de la psicosis infantil*, Titivillus editor digital espapdf.com. Recuperado de:
[http://assets.espapdf.com/b/Michel%20H.%20Ledoux/Concepciones%20psicoanaliticas%20de%20Ia%20\(1709\)/Concepciones%20psicoanaliticas%20de%20-%20Michel%20H.%20Ledoux.pdf](http://assets.espapdf.com/b/Michel%20H.%20Ledoux/Concepciones%20psicoanaliticas%20de%20Ia%20(1709)/Concepciones%20psicoanaliticas%20de%20-%20Michel%20H.%20Ledoux.pdf)

Ley N° 18651 (2010). Protección integral de personas con Discapacidad. República Oriental del Uruguay. Recuperado de:

<http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18651&Anchor=>

López Santillán C, Figueroa Gutiérrez A, *Estudio de la herencia poligenica*. Recuperado de

<http://www.uaeh.edu.mx/scige/boletin/icsa/n4/p1.html>

Montalva, N., Quintanilla, V., & Del Solar P. (2012) Modelos de intervención terapéutica educativa en autismo: ABA y TEACCH. *Rev. Chil. Psiquiatr. Neurol. Infanc. Adolesc*, 23(1), 50-57.

Recuperado de: <http://www.sopnia.com/boletines/Revista%20SOPNIA%202012-1.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2001) Clasificación Internacional del Funcionamiento, la discapacidad y la salud. Recuperado de:

<http://fcaminemosjuntos.org/wp-content/uploads/2012/11/CIF-v.completa.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2011) Clasificación internacional del Funcionamiento, la discapacidad y la salud. Versión para la infancia y la adolescencia. Recuperado de:

[file:///C:/Users/Usuario/Downloads/9789243547329_spa%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/9789243547329_spa%20(1).pdf)

Pedreira, J.L. (s/f) *Evaluación clínica del autismo y de las psicosis en la infancia*, Centre Londres 94. Recuperado de:

http://www.centrelondres94.com/files/evaluacion_clinica_del_autismo_y_de_las_psicosis_en_la_infancia.pdf

Pérez, A., *Pero como ayuda*, Montevideo Portal, 13 de agosto de 2015. Recuperado de:

<http://www.montevideo.com.uy/auc.aspx?280955>

Prego, L.E. (1999). *Autismo, revisando conceptos*. Montevideo, Uruguay: Ediciones Trilce.

Rimplant, B. (1964), *Infantile Autisnz*, Biblioteca D. Winnicott, reseña del libro, Nueva York,

Recuperado de: <http://www.psicoc analisis.org/winnicott/reslibro.htm>

Riviere, A.(2007). *Autismo. Orientaciones para la intervencion educativa*. Madrid, España: Editorial Trotta.

Riviere, A. & Martos, J. (2001). *Tratamiento del Autismo. Nuevas perspectivas*. Madrid, España: Ministerio de trabajo y asuntos sociales.

Sternbach, S., (2001) *Proceso originario, patologías de borde y nuevas inscripciones*, Revista Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo Redacción y administración: Pp, 111-121, Tomo XXIV Nº 2 2001, Recuperado de: <http://www.aappg.org/wp-content/uploads/2001-N%C2%BA2.pdf>

Tustin, F., (1988,[1995]), Ser o no ser: un estudio acerca del autismo. Rev. Psicoanálisis Vol. XVII, Nº 3, pp, 675 – 696. Recuperado de: <http://www.apdeba.org/wp-content/uploads/Tustin.pdf>

Tustin, F. (1984). *Autismo y Psicosis infantiles*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.

Valdez, D & Ruggieri, V. (2011). *Autismo: del diagnóstico al tratamiento*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.