



UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR
SEDE CENTRAL
Sucre – Bolivia

**PROGRAMA DE MAESTRÍA EN “PSICOLOGÍA CLÍNICA,
MENCIÓN EN PSICOTERAPIA INTEGRATIVA – II Versión”**

**“Psicoterapia Integrativa para niños de 4 a 12 años con Trastornos del
Espectro Autista: Una propuesta desde el Modelo Integrativo
Supraparadigmático”**

**Tesis presentada para
obtener el Grado Académico
de Magíster en “Psicología
Clínica, mención en
psicoterapia integrativa”.**

Estudiante: María Ximena Soto Ríos

Santa Cruz de la Sierra – Bolivia

2018



UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR
SEDE CENTRAL
Sucre – Bolivia

**PROGRAMA DE MAESTRÍA EN “PSICOLOGÍA CLÍNICA,
MENCIÓN EN PSICOTERAPIA INTEGRATIVA – II Versión”**

**“Psicoterapia Integrativa para niños de 4 a 12 años con Trastornos del
Espectro Autista: Una propuesta desde el Modelo Integrativo
Supraparadigmático”**

**Tesis presentada para
obtener el Grado Académico
de Magíster en “Psicología
Clínica, mención en
Psicoterapia Integrativa”.**

Estudiante : María Ximena Soto Ríos

Tutora : Dra. Verónica Bagladi Letelier

Santa Cruz de la Sierra – Bolivia

2018

*A mis hijos Diego y Natalia
Por su amor y apoyo constante
a pesar de mi ausencia*

AGRADECIMIENTOS

*A Dios por haberme dado la
misión de Servir
Por extenderme una y otra vez
su mano cuando siento que no
puedo más*

*A mi familia... Gracias Family por
estar aquí siempre*

*A los tíos y tías del Centro
Terapéutico La Casa de la Tía
por ser parte de mi vida y de un
maravilloso equipo profesional y
humano*

Pero especialmente...

*Gracias a cada uno de los niños
y niñas que conocí de quienes
aprendí y a quienes admiré en
cada paso que dimos juntos*

A veces sentimos que lo que hacemos es tan solo una gota de agua en el mar, pero el mar no sería el mismo con una gota menos

Madre Teresa de Calcuta

RESUMEN

En base a una encuesta de expertos sobre técnicas terapéuticas basadas en la evidencia para la intervención en niños con diagnóstico de trastorno del espectro autista (TEA), se propone un modelo de intervención desde el enfoque Integrativo Supraparadigmático, atendiendo de manera simultánea y coordinada en seis paradigmas: biológico, ambiental-conductual, cognitivo, afectivo, sistémico e inconsciente, todos ellos integrados por el Sistema Self que es como el ejecutivo central y que responde a la necesidad de personas que tiene un trastorno multisintomático y pervasivo.

La psicoterapia integrativa, desde el marco de esta propuesta se convierte en el punto de enlace de otros profesionales que guiados por el Modelo Integrativo Supraparadigmático, ponen al servicio del paciente una intervención que propone objetivos claros, principios de influencia y conceptos movilizadores para imprimir fuerzas de cambio estables para el paciente (niño-padres) Atendiendo a estas necesidades, se presenta a continuación los lineamientos de una psicoterapia integrativa para niños de 4 a 12 años con Trastorno del Espectro Autista.

ABSTRACT

Based on an Expert's Opinion Survey about Evidence-based interventions for Autism spectrum disorders (ASD) in childhood a new intervention model with supra-paradigmatic integrative approach is proposed. This model comprises six different paradigms that must be attended simultaneously in a coordinated manner; including a biological, systemic, cognitive, affective, unconscious, and environmental and behavioral assessment. All paradigms are integrated by the Self System, a multi-dimensional primary domain that works as the central organizer that accomplish to respond to the need of people who have a multisymptomatic and pervasive disorder.

The integrative psychotherapy from this framework turns on the point of connection with different professionals that can use as a guide this Supra-paradigmatic Integrative Model in benefit of patients (child and parents) applying an intervention with clear objectives, principles of influence and mobilizing concepts to achieve strengths of stable changes.

In response to all these needs, we herein present a guidelines for an Integrative Psychotherapy Intervention for children aged 4 to 12 years with Autism Spectrum Disorder.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
JUSTIFICACIÓN	2
I. MARCO TEÓRICO	6
1.1. AUTISMO.....	6
1.1.1. Conceptualización.....	6
1.1.2. Los Trastornos Generalizados del Desarrollo	7
1.1.3. Trastorno del espectro autista	8
1.1.4. Prevalencia	9
1.1.5. Distribución	10
1.1.6. Etiología.....	10
1.1.6.1. Teoría Genética	10
1.1.6.2. Teoría del déficit afectivo social	11
1.1.6.3. Teoría cognitiva	11
1.1.6.4. Teoría cognitivo-afectiva.....	12
1.1.6.5. Teoría de la mente.....	12
1.1.6.6. Teoría de la Atención conjunta	13
1.1.6.7. Teoría de la disfunción ejecutiva.....	13
1.1.6.8. Teoría de neuronas en espejo	14
1.1.7. Sintomatología.....	14
1.1.7.1. Alteración del desarrollo de la interacción social recíproca	15
1.1.7.2. Alteración de la comunicación verbal y no-verbal	16
1.1.7.3. Repertorio restringido de intereses y comportamientos	16
1.1.8. Comorbilidad.....	18
1.2. MODELO INTEGRATIVO SUPRAPARADIGMÁTICO.....	19
1.2.1. El Enfoque Integrativo en psicoterapia	22
1.2.2. Psicoterapia Integrativa.....	23
1.3. INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA EN TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA.....	23
1.3.1. Terapias basadas en evidencia.....	24

1.3.2. Clasificación de las recomendaciones en función del nivel de evidencia	26
1.4. TÉCNICAS TERAPÉUTICAS BASADAS EN EVIDENCIAS	27
1.4.1. Paradigma Biológico	28
1.4.2. Tratamientos biomédicos	28
1.4.2.1. Risperidona	28
1.4.2.2. Aripiprazol.....	28
1.4.2.3. Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina	29
1.4.2.4. Estimulantes (metilfenidato)	29
1.4.2.5. Secretina:	29
1.4.2.6. Vitaminas y suplementos dietéticos:	30
1.4.2.7. Dietas libres de gluten y caseína	31
1.4.2.8. Terapia antimicótica.....	31
1.4.2.9. Inmunoterapia.....	32
1.4.2.10. Terapia sacrocraneal	32
1.4.2.11. Terapia de Integración sensorial	32
1.5. PARADIGMA AMBIENTAL/CONDUCTUAL.....	33
1.5.1. El Análisis Conductual Aplicado [Applied Behaviour Analysis (ABA)].....	34
1.5.2. Entrenamiento por Ensayos Discretos [Discrete Trial Training (DTT)].....	35
1.5.3. Proyecto de Intervención Temprana Early Intervention Project EIP	35
1.5.4. Sistemas de fomento de las competencias sociales	36
1.6. PARADIGMA COGNITIVO.....	37
1.6.1. PECS (sistema de comunicación por intercambio de imágenes)	37
1.6.2. Sistema TEACCH	38
1.6.3. Otras técnicas Cognitivo Conductuales.....	39
1.7. PARADIGMA AFECTIVO.....	39
1.7.1. Intervención para el Desarrollo de Relaciones RDI (Relationship Development Intervention)	39
1.7.1.1. El tiempo del suelo (floor time).....	40
1.7.2. Musicoterapia.....	40

1.8. PARADIGMA INCONSCIENTE	41
1.9. PARADIGMA SISTÉMICO	42
1.9.1. El Método Son-Rise	42
II. MARCO METODOLÓGICO	44
2.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	44
2.2. OBJETIVOS	47
2.2.1. Objetivo General	47
2.2.2. Objetivos Específicos	47
2.3. DISEÑO METODOLÓGICO	48
2.3.1.1. Tipo de investigación	48
2.3.2. Método de investigación	48
2.3.3. Métodos Empíricos	49
2.3.4. Población	49
2.3.5. Selección de la muestra	49
2.3.6. Tamaño de la muestra	50
2.3.7. Plan de análisis de los resultados	50
2.4. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	50
2.4.1. Distribución de la muestra por profesión	51
2.5. CONCLUSIONES	66
2.6. PSICOTERAPIA INTEGRATIVA PARA NIÑOS DE 4 A 12 AÑOS CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA: UNA PROPUESTA DESDE EL MODELO INTEGRATIVO SUPRAPARADIGMÁTICO	67
2.7. PARADIGMA BIOLÓGICO	69
2.7.1. Objetivos terapéuticos	69
2.8. FUERZAS DE CAMBIO DESDE EL PARADIGMA BIOLÓGICO	69
2.8.1. Técnicas sugeridas para lograr los objetivos terapéuticos	71
2.9. PARADIGMA AMBIENTAL CONDUCTUAL	72
2.10. Objetivos terapéuticos para el Paradigma Ambiental-Conductual	73
2.11. Fuerzas de Cambio desde el Paradigma Ambiental – Conductual	74
2.11.1. Estrategias de cambio desde el Paradigma Ambiental – Conductual	76
2.11.2. Técnicas terapéuticas sugeridas	77

2.12. PARADIGMA COGNITIVO.....	85
2.12.1. Objetivos Terapéuticos	85
2.12.2. Fuerzas de cambio desde el Paradigma Cognitivo	85
2.12.3. Estrategias de Cambio desde el Paradigma Cognitivo.....	87
2.12.4. Técnicas terapéuticas sugeridas	91
2.12.4.1. Técnicas de apoyo para los programas de comunicación	91
2.12.4.2. Facilitadores para la comunicación	92
2.12.4.3. Herramientas visuales para dar instrucciones efectivas	93
2.12.5. Técnicas para el manejo de la inflexibilidad cognitiva	93
2.12.6. Técnicas de apoyo para el manejo de sintomatología asociada vinculada a la ansiedad.....	94
2.12.7. Técnicas de apoyo para el desarrollo de Habilidades sociales mínimas	94
2.13. 4 PARADIGMA AFECTIVO	96
2.13.1. Objetivos Terapéuticos para el Paradigma Afectivo	96
2.13.2. Fuerzas de Cambio desde el Paradigma Afectivo.....	96
2.13.3. Estrategias de cambio desde el paradigma Afectivo	98
2.13.4. Técnicas terapéuticas sugeridas	99
2.14. PARADIGMA SISTÉMICO	101
2.14.1. Fuerzas de cambio desde el Paradigma Sistémico	101
2.15. PARADIGMA INCONSCIENTE	105
2.15.1. Objetivo terapéutico	105
2.15.2. Fuerzas de cambio desde de Paradigma Inconsciente	105
III. BIBLIOGRAFÍA	106
IV. ANEXOS.....	113

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Dimensiones del Autismo según A. Rivière	18
Tabla 2 Clasificación de las recomendaciones para Terapias en TEA	25
Tabla 3 Valoración de los tratamientos	27
Tabla 4 Distribución de la muestra por profesión	51
Tabla 5: Distribución de la muestra por años de experiencia	52
Tabla 6: Distribución de la muestra por cantidad de casos atendidos	53
Tabla 7: Uso de terapia Conductual según la profesión	54
Tabla 8: Uso de la Terapia de Integración Sensorial por profesión	55
Tabla 9: Uso de terapia expresiva según profesión	56
Tabla 10: Uso de Promoción por competencias sociales según profesión	57
Tabla 11: Uso de sistema Teacch según profesión.....	58
Tabla 12: Usa Terapia Cognitivo Conductual por profesión	59
Tabla 13: Uso de Farmacoterapia.....	60
Tabla 14 Evaluación del nivel de severidad de una conducta	79
Tabla 15 Lista de Habilidades preparatorias	81
Tabla 16 Etapas para en entrenamiento de respuesta esencia (PRT)	83
Tabla 17 Niveles de respuesta verbal	84

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribución de la muestra por profesión.....	51
Gráfico 2: Distribución de la muestra según años de experiencia	52
Gráfico 3: Distribución de la muestra por cantidad de pacientes atendidos	53
Gráfico 4: Uso de Terapia Conductual según la profesión	54
Gráfico 5: Uso de la Terapia de Integración Sensorial por profesión	55
Gráfico 6: Uso de terapias expresivas según profesión	56
Gráfico 7: Uso de Promoción por Competencias Sociales según profesión	57
Gráfico 8: Usa Sistema Teacch según profesión	58
Gráfico 9: Usa Terapia Cognitivo Conductual por Profesión	59
Gráfico 10: Uso de Farmacoterapia	60
Gráfico 11: Uso de Terapias de Nivel 1 por Número de Niños Atendidos	61
Gráfico 12: Uso de Terapias de Nivel 2 por Número de Pacientes Atendidos	62
Gráfico 13: Uso de Terapias de Nivel 3 por Número de Pacientes Atendidos.	63
Gráfico 14: Uso de Terapias de Nivel 4 por número de pacientes atendidos ..	64
Gráfico 15: Comparación de las terapias utilizadas por nivel y número de niños atendidos	65

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1 Clasificación TEA, TGD y Autismo.....	9
Ilustración 2 Modelo Integrativo Supraparadigmático.....	22
Ilustración 3 Círculos Conductuales Infructuosos	73
Ilustración 4 Análisis funcional de la conducta	78
Ilustración 5 Elementos para el aprendizaje de una tarea discriminada	82
Ilustración 6: Principios de Influencia Paradigma Cognitivo	87
Ilustración 7 Niveles de intervención de la psicoterapia desde el paradigma cognitivo	89
Ilustración 8 etapas para el incremento de la comunicación	89
Ilustración 9 Áreas de Intervención sobre la pragmática	91
Ilustración 10 Habilidades Sociales en tareas discriminadas para TEA	95

INTRODUCCIÓN

La propuesta que se plantea nace de una motivación personal por años dedicados al estudio y trabajo terapéutico en Trastornos del Espectro Autista, donde día a día se descubren nuevos datos, pero también nuevos retos.

En Bolivia no existen estadísticas que brinden datos de incidencia ni prevalencia y mucho menos centros o documentos gubernamentales para la atención y orientación en TEA que sirvan de guía a las familias hacia centros de atención especializada, que elaboren listas sobre tipos de intervención terapéutica recomendadas, ni se vislumbra una política pública de atención, prevención y seguimiento de pacientes con este Trastorno.

Países más avanzados en cuanto a salud y tecnología realizan investigaciones serias sobre estos aspectos, promoviendo grupos y líneas de investigación que se plasman en guías de buena práctica y que sirven a las familias para tomar decisiones acertadas.

Es así que una revisión bibliográfica sobre estas guías da cuenta de la existencia de estándares internacionales basados en evidencia científica para las terapias que se realizan con trastornos del espectro autista. Este dato importante me motivó a plantear una investigación sobre cuáles de esas terapias se utilizaban en Santa Cruz de la Sierra, y qué nivel de evidencia científica se les había otorgado, para así conocer una realidad de la que nadie habla: Calidad terapéutica.

Los resultados del estudio, pone en alto la preferencia terapéutica de los profesionales encuestados y que son una muestra no probabilística de los únicos seis centros de atención a niños y niñas con TEA de esta ciudad.

Sin embargo, los resultados también evidenciaron la adherencia de los profesionales a uno o dos métodos de intervención, dejando de lado muchos aspectos de la vida del niño que no son cubiertos.

El enfoque Integrativo Supraparadigmático, que imprime una mirada holística de la realidad psicológica del paciente, propone intervenir de manera simultánea y coordinada en seis paradigmas: biológico, ambiental-conductual, cognitivo, afectivo, sistémico e inconsciente, todos ellos integrados por el Sistema Self que es como el ejecutivo central y que responde a la necesidad de personas que tiene un trastorno multisintomático y pervasivo.

La psicoterapia integrativa, desde el marco de esta propuesta se convierte en el punto de enlace de otros profesionales que guiados por el Modelo Integrativo Supraparadigmático, ponen al servicio del paciente una intervención que propone objetivos claros, principios de influencia y conceptos movilizadores para imprimir fuerzas de cambio estables para el paciente (niño-padres)

Atendiendo a estas necesidades, se presenta a continuación los lineamientos de una psicoterapia integrativa para niños de 4 a 12 años con Trastorno del Espectro Autista: Una propuesta desde el Modelo Integrativo Supraparadigmático.

JUSTIFICACIÓN

Hablar de autismo, es hablar de misterio, de silencio, de incompreensión, de aislamiento y sufrimiento, es meterse en un enigma que impulsa a la investigación al conocimiento y a la búsqueda de alternativas de respuesta a preguntas que durante años se escuchan en los consultorios de médicos y psicológicos ¿Qué tiene mi hijo? ¿Por qué no habla? ¿Qué es el autismo? ¿Tiene cura?, para finalmente llegar al punto crucial ¡Terapia!

Es indiscutible que hoy en día hay más casos de personas con autismo, es posible que sea por diversas razones: demográficas, de precisión diagnóstica, por ampliación de los rangos de corte en el contínuum llamado Trastorno del Espectro Autista (TEA) o razones aún más variadas. Lo cierto es que la demanda de atención temprana, eficiente y responsable ha crecido y atenderla es imprescindible.

La falta de estadísticas en nuestro país, impide cuantificar la realidad de la población con TEA, sin embargo, una investigación propia¹ en el año 2012 sobre una muestra no probabilística de 70 sujetos, muestra que solo el 51 % de los sujetos estaban matriculados en el sistema escolar y tan solo el 45 % recibía terapia de manera regular.

Debido a la falta de una política estatal para la atención de pacientes con TEA, surgen en Santa Cruz de la Sierra iniciativas privadas de oferta de servicios terapéuticos para niños con TEA. En la mayoría de ellas se trabaja bajo una sola modalidad terapéutica, desestimándose las demás. No se tiene datos sobre la efectividad de sus intervenciones y se desconoce de investigaciones emanadas de esa práctica profesional.

Este dato no significa que los centros estén haciendo un mal trabajo, ya que utilizan la terapia más recomendada internacionalmente. Solo que el dato abre los ojos a una realidad en la que la persona es mucho más que solo conducta.

La elaboración de este trabajo surge de la necesidad de conocer la evidencia científica de las distintas intervenciones terapéuticas en el campo de los TEA que es sistematizada continuamente por grupos de estudios oficiales en diferentes países. En muchas de estas recopilaciones se observa que, a pesar de observarse diferencias entre los distintos modelos de intervención, existen coincidencias en algunos factores básicos. En esta investigación no se pretende validar ningún ranking de los programas utilizados internacionalmente, sino ofrecer una perspectiva general de los métodos de intervención terapéutica con evidencia científica y cierto grado de confiabilidad para que el profesional que realice la intervención siguiendo esta propuesta Integrativa, obtenga las estrategias imprescindibles para dar respuesta al motivo de consulta de su paciente.

De la misma manera con este trabajo se pretende poner en evidencia que el uso de técnicas por sí mismas no es una psicoterapia; y que para ser llamada como

¹Autismo: los hilos de la integración (5 años de investigación en Bolivia). Investigación realizada para el Centro Terapéutico Integral La Casa de la Tía.

tal debe ir respaldada por un modelo explicativo sobre la realidad psicológica del paciente y sobre la génesis de sus dificultades. Y más que nada debe quedar claro que para la actuación efectiva de las técnicas terapéuticas, éstas deben estar guiadas por un enfoque terapéutico que haya probado su eficacia en base a resultados y no a solo teoría.

En este marco, surge la necesidad de crear una intervención clínica que se aleje del reduccionismo, de la necesidad de simplificar artificialmente la compleja dinámica psicológica de las personas con TEA y que surja de un Modelo que integre precisión, especificidad, amplia exploración y arte terapéutico

El Modelo Integrativo Supraparadigmático (MIS), creado por el psicólogo chileno Roberto Opazo, sale al frente como la mejor alternativa porque a juicio de su autor “obliga” a mirar los 360 grados de la dinámica psicológica del paciente al integrar seis paradigmas en una dinámica con el Sistema Self como eje conductor e integrador; así también el MIS “obliga” a integrar fuerzas de cambio a través de los principios de influencia, y a un ejercicio metodológico que aporte a la predicción y al cambio.

La Psicoterapia Integrativa Supraparadigmática, que nace de un enfoque terapéutico propio, integra las fuerzas de cambio que surgen del paciente, del terapeuta, de la relación entre ellos y por supuesto de los paradigmas. Está abierta al uso de técnicas específicas para superar síntomas específicos o para complementar una estrategia clínica más amplia como es el caso de la Propuesta Integrativa que se presenta.

“El terapeuta Integrativo seleccionará aquellas técnicas mejor respaldadas por la investigación, y estará atento a configurarlas de una manera ad hoc e idiosincrática”. Desde esta perspectiva dice Opazo que... se realiza un “encuentro sinérgico de ciencia y arte”. (Opazo R. , Psicoterapia Integrativa: delimitación clínica, 2001, pág. 329)

La propuesta cumple doble función, la primera y más importante, brindar a los psicoterapeutas herramientas efectivas que se estima repercutirán

positivamente en la población con TEA y adicionalmente cumplir con la función de extender el conocimiento del EIS entre la comunidad de psicólogos para multiplicar los beneficios a una población aún mayor.

Para este estudio se recogió información de expertos en el tratamiento de niños con TEA, mediante una encuesta que permite especificar datos sobre su experiencia en intervención terapéutica para esta población. La encuesta como recurso para la recolección de información es percibida como poco invasiva por quien responde y de rápido manejo metodológico por quien la procesa, además de brindar datos fiables de puño y letra del encuestado.

El estudio abarca un amplio rango de edad, de 4 a 12 años, en el entendido que estos niños comparten un factor común: la escolarización, sea esta inicial o primaria, y que por lo tanto requieren de múltiples habilidades para hacerle frente a las exigencias psicosociales y comunicativas, cognitivas además de otras que supone la vida escolar.

Este estudio exploratorio puede invitar a otros investigadores a comprobar científicamente la eficacia del esquema terapéutico y así engrosar la evidencia científica tan imprescindible en este momento para miles de niños y niñas que inician su caminar por el mundo del autismo.

I. MARCO TEÓRICO

1.1. AUTISMO

1.1.1. Conceptualización

Existen muchas formas de conceptualizar el autismo, tantas como autores que escriben sobre esta entidad gnoseológica. El concepto ha transcurrido y se ha modificado en el tiempo.

En 1942, Kanner fue el primero en describir la condición del autismo sistemáticamente. Un año después, Asperger describió a algunos niños con una condición similar que se conoce como el Síndrome de Asperger

La creadora de la llamada triada de Wing que ha servido de base para el diagnóstico del autismo durante años, considera que cada individuo es diferente de cualquier otro, por lo que las descripciones se deben considerar como una guía general y no como una definición exacta para el diagnóstico. Sin embargo, los problemas normales que afectan a la interacción social, a la comunicación y la imaginación y a la conducta repetitiva, se pueden reconocer por debajo de todas las variaciones. (Wing, 1998)

En el libro “Esperanzas para el autismo” se encuentra que *“El autismo es una ruptura del proceso normal del desarrollo que ocurre en los dos primeros años de la vida, se manifiesta en problemas de lenguaje, juegos, conocimiento, funciones sociales y adaptación, haciendo que los niños se atrasen cada vez más con respecto a sus compañeros en la medida en que crecen”*. (Leaf & McEachin, 2000)

Al evolucionar el concepto, se encuentran definiciones como esta: *“El autismo, un trastorno con substrato neurofisiológico... que se desarrolla en los primeros treinta y seis meses de vida y que da lugar a un deterioro en las áreas emocional, afectiva, social e intelectual”*. (Pedreira, 2003)

El concepto toma forma cuando se establecen criterios de temporalidad como “trastorno del desarrollo infantil para toda la vida”. (Frith & Hill, 2004)

1.1.2. Los Trastornos Generalizados del Desarrollo

En el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV TR APA, 2002 se consigna al autismo como trastorno autista y forma parte de los llamados Trastornos Generalizados del Desarrollo (TDG) junto a otros trastornos como el Síndrome de Rett, el Síndrome de Asperger, el trastorno Desintegrativo Infantil y el Trastorno Generalizado del Desarrollo no Especificado.

En el Manual para el diagnóstico de Trastorno Autista, se incluyen sólo aquellas características que se aceptan como universales y específicas del autismo como **Trastorno cualitativo de la interacción social** manifestada en al menos dos de los rasgos siguientes: alteración en el uso de múltiples comportamiento no verbales (contacto visual, expresión facial, postura corporal y actitudes reguladoras de la interacción social); fallos en el desarrollo de relaciones con los semejantes apropiadas a su nivel de desarrollo; carencia de una contacto espontáneo para compartir disfrutes, intereses o logros (ejemplo, ausencia señalizaciones, muestras o indicaciones de objetos de interés a otras personas); falta de reciprocidad emocional o social (práctica de actividades solitarias en vez de juegos sociales o participativos, o uso de otras personas sólo de forma instrumental o mecánica).

Como segundo criterio expone también **alteración cualitativa de la comunicación** manifestados en al menos dos de las siguientes características: retraso o ausencia total en el desarrollo de lenguaje hablado (no acompañado por intentos de compensar mediante formas alternativas de comunicaciones como gestos o mímica); en individuos con lenguaje adecuado, defectuosa capacidad para iniciar o sostener una conversación con semejantes; uso estereotipado y repetitivo del lenguaje o lenguaje idiosincrático; ausencia de juego realista variado y espontáneo o de juego social imitativo acorde al nivel de desarrollo.

Y como tercer criterio se establece: **patrones restrictivamente repetitivos y estereotipados de comportamiento**, intereses y actividades, manifestados en al menos uno de los rasgos siguientes: preocupación obsesiva con uno más patrones de interés restrictivos y estereotipados ya sea en intensidad o dedicación; apego aparentemente inflexible a rutinas o rituales no funcionales; movimientos estereotipados y repetitivos (aleteos y agitación de manos y dedos y otros movimientos del cuerpo); preocupación persistente con partes de objetos.

Finalmente, este manual establece también como criterio diagnóstico retrasos o funcionamiento anormal antes de los 3 en al menos una de las siguientes áreas: interacción social, lenguaje de comunicación social, juego simbólico o imaginativo.

1.1.3. Trastorno del espectro autista

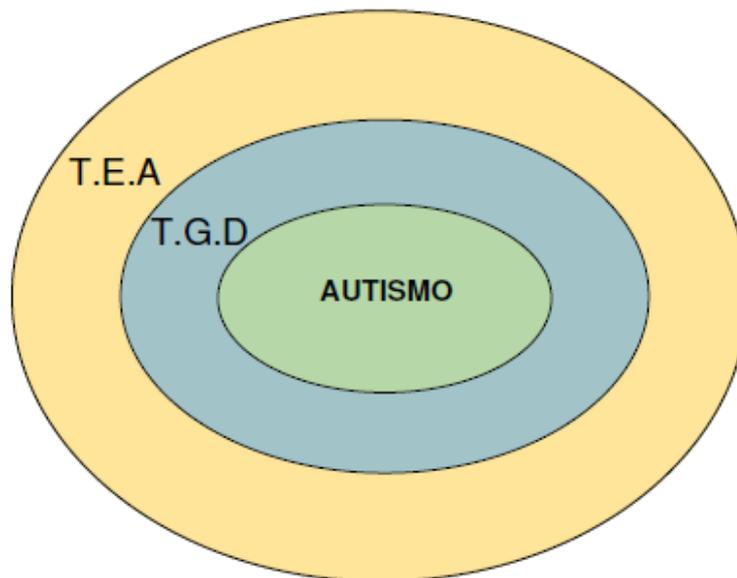
En referencia a este modo de clasificación que se está utilizando mucho en la actualidad para mencionar las conductas de tipo autista, Mascotena, (2007) señala que fueron Lorna Wing & Judith Gould quienes, a partir de una publicación realizada en 1979, quienes comenzaron a hablar de los denominados Trastornos del Espectro Autista (TEA).

El trastorno del espectro autista es una gama de trastornos complejos del neurodesarrollo, caracterizado por impedimentos sociales, dificultades en la comunicación, y patrones de conducta estereotípicos, restringidos y repetitivos. Que se produce en todos los grupos étnicos y socioeconómicos, que afecta a todos los grupos etarios. (NINDS , 2012)

El trastorno del espectro autista (TEA) y el autismo son dos términos generales que se utiliza para describir a un grupo de trastornos complejos del neurodesarrollo. Estos trastornos se caracterizan, en mayor o menor grado, por dificultades en la interacción social, la comunicación verbal y no verbal y comportamientos repetitivos. (Autism Speaks, 2013)

Con la publicación mayo 2013 del manual de diagnóstico DSM-5, todos los TGD se fusionaron bajo un paraguas diagnóstico denominado TEA.

Ilustración 1
Clasificación TEA, TGD y Autismo



Fuente (Martos, González, Llorente, & Carmen, 2005)

1.1.4. Prevalencia

Aunque el autismo, en sentido estricto, tal como fue definido por Leo Kanner en 1943, es un trastorno relativamente infrecuente, es evidente que el número de casos diagnosticados con Trastorno del Espectro del Autismo (TEA) se ha incrementado de forma importante.

A mediados de los 70 la prevalencia se estimaba en 1/5000, a mediados de los 80 en 1/2500, a mediados de los 90 en 1/200 hoy en día, las estadísticas oscilan entre 1/150 a 1/110, en función de las fuentes consultadas.

En Estados Unidos según la organización (Autism Speaks, 2013), el autismo afecta a 1 cada 88 niños en general y a 1 cada 54 niños varones, constituyéndose en la segunda prevalencia más alta de los desórdenes del neurodesarrollo.

Pero esto no significa que haya más o menos casos, sino que el aumento de casos está relacionado con factores de cambio en el sistema de evaluación y diagnóstico, de corte para establecer un criterio y de tiempo para el diagnóstico precoz.

1.1.5. Distribución

En cuanto a la distribución del sexo en la población con TEA, se ha detectado históricamente un predominio de casos masculinos sobre los femeninos: una media de distribución del sexo en los trastornos autistas de 1 mujer por cada 4 varones. Es decir, los TEA son tres o cuatro veces más frecuente en varones que en mujeres (Autism Speaks, 2013).

1.1.6. Etiología

Le evidencia apunta a que no hay una sola causa para el autismo, así como no hay un solo tipo de autismo. En los últimos cinco años, los científicos han identificado Mutaciones genéticas asociadas al autismo.

1.1.6.1. Teoría Genética

Mark Daly *et al* citado por (Autismo Diario, 2012) realizó una investigación en la que encontró 18 genes vinculados al autismo. La mayoría de los casos de autismo, sin embargo, parecen ser causados por una combinación de genes de riesgo de autismo y los factores ambientales que influyen en el desarrollo temprano del cerebro.

En presencia de una predisposición genética al autismo, un número de factores medioambientales parece aumentar el riesgo de un niño a desarrollar autismo. La evidencia más clara de estos factores de riesgo involucra eventos antes y durante el nacimiento. Ellos son: la edad paterna avanzada en el momento de la concepción (la mamá y el papá), enfermedad de la madre durante el embarazo y ciertas dificultades durante el parto, particularmente aquellos que

involucran períodos de privación de oxígeno al cerebro del bebé. Es importante tener en cuenta que estos factores, por sí mismos, no causan autismo. (Autism Speaks, 2013)

1.1.6.2. Teoría del déficit afectivo social

Hobson, (1995) Postula en su teoría que la alteración en la comunicación que sufren los niños autistas responde a un modelo interpersonal y es primariamente afectiva. De acuerdo con este autor:

- Los autistas carecen de los componentes constitucionales para interactuar emocionalmente con otras personas.
- Tales relaciones personales son necesarias para la configuración de un mundo común y propio con los demás.
- La carencia de participación de los niños autistas en la experiencia social tiene dos consecuencias relevantes:
 - Un fallo relativo para reconocer que los demás tienen sus propios pensamientos, sentimientos, deseos, intenciones, etc.
 - Una severa alteración en la capacidad de abstraer, sentir y pensar simbólicamente.

La mayoría de los déficits cognitivos y del lenguaje de los niños autistas son secundarios y mantienen una estrecha relación con el desarrollo afectivo y social.

1.1.6.3. Teoría cognitiva

La hipótesis cognitiva, propuesta por Leslie y Frith en el año 1989 postula que los problemas sociales y de comunicación de los niños autistas se deben a un déficit cognitivo específico, en concreto a una alteración de la “metarepresentación”. La capacidad metarepresentacional es la responsable de que los niños puedan desarrollar el juego simulado y de que puedan atribuir estados mentales con contenido a otros. (Frith & Hill, 2004)

1.1.6.4. Teoría cognitivo-afectiva

La hipótesis cognitiva afectiva de postula que las diferencias comunicativas y sociales de los niños autistas tienen su origen en un déficit afectivo primario que se halla relacionado a un déficit cognitivo también primario.

Estos dos déficits son los que causan las dificultades en la apreciación de los estados mentales (teoría de la mente) y emocionales de otras personas, dificultades que están en la base de la alteración en el proceso de interacción, lo que explica los fallos que muestran los niños autistas en la comunicación, la conducta social y el juego simbólico. (Mundy, Sigman, Ungerer, J., & Sherman, 1989)

1.1.6.5. Teoría de la mente

Según Rivière A. (1997) La Teoría de la Mente implicaría una destreza mentalista que correspondería a “una competencia que permite las formas más elaboradas, las pautas más sutiles y específicas de comunicación y engaño en el hombre”.

La TM hace referencia a la habilidad de atribuir estados mentales, tales como deseos, conocimientos, y creencias (Tager-Flusberg, 1999), que es un déficit cognitivo específico en autistas (Rivière, 1997). También hace referencia a un concepto denominado como “falsa creencia”, es decir, tener creencias que estén en conflicto con la realidad. (Astington, 1993, en (Tager-Flusberg, 1999)

Rivière (1997)postula que aunque los autistas más inteligentes y con lenguaje pueden hacer declarativos, éstos suelen poseer escasa densidad intersubjetiva: suelen ser inapropiados, irrelevantes o escasamente informativos, tienden a emplear secuencias simples de pregunta-respuesta como recursos únicos para iniciar o mantener conversaciones, realizando preguntas cuyas respuestas ya conocen de antemano (Hurting, Ensrud y Tomblin, 1982, en Rivière, 1997) o dan respuestas irrelevantes a las preguntas. No emplean la mirada como recurso para demarcar turnos conversacionales (Mirenda y otros, 1983, en Rivière, 1997). No adaptan el volumen de voz a la distancia de su interlocutor, ni tienden

a usar el acento de contraste en las palabras que conllevan información nueva (Baltaxe, 1984; Baltaxe y Guthrie, 1987; Von Benda, 1983, en Rivière, 1997), tendiendo a producir monólogos repetitivos. Además, el autista es completamente incapaz de comprender refranes, los significados metafóricos, y los sarcasmos, manifestando así una mente literal (Riviere A. , Teoría de la mente y metarrepresentación, 1997)

1.1.6.6. Teoría de la Atención conjunta

Este término se refiere al hecho de hacer contacto ocular con el interlocutor para establecer una interacción social con éste y dirigir su atención hacia un objeto o evento de interés. La atención conjunta es un requerimiento no verbal para compartir un interés con otra persona.

La dificultad para establecer este contacto no verbal en las personas con TEA se asocia con el déficit análogo de otros aspectos del lenguaje no verbal, como la comunicación protodeclarativa (ej..., señalar con el dedo para mostrar cosas) más que con la comunicación protoimperativa (ej..., señalar para pedir cosas).

Tamarit señala que se ha demostrado que cuando los componentes de la atención conjunta de la comunicación proto-imperativa son tomados en cuenta, la mayoría de los niños con autismo tienen también problemas al requerir. (Sigman & Capps, 2000)

1.1.6.7. Teoría de la disfunción ejecutiva

Rusel (2000) plantea que las funciones ejecutivas son funciones específicas de los lóbulos frontales encargadas del control de la cognición; con la regulación de la conducta y del pensamiento y se ha observado que las personas con TEA tienen dificultad para desarrollar:

- Planificación: Organizar un plan con secuencias de acción, tener o seguir un argumento, recordar otros momentos.

- Flexibilidad: Cambiar la manera de actuar, en función de cómo cambie la situación.
- Memoria de trabajo: Saber los pasos a seguir mientras ocurre algo, durante la acción.
- Inhibición: Saber interrumpir una respuesta que antes se podía hacer de forma automática.

1.1.6.8. Teoría de neuronas en espejo

Se encuentra íntimamente ligada a la teoría de la mente, y los problemas en la función ejecutiva, por lo que es fruto de estas teorizaciones.

Muñoz de León (2013) en la página web de la Asociación Española de Psicología Cognitivo Comportamental, explica que las neuronas espejo son un tipo de neuronas que se activan cuando una persona desarrolla la misma actividad que está observando ejecutar por otro individuo. Estas neuronas actúan como “reflejando” la acción de otro, descubrimiento que realizó el investigador Rizzolatti, quien explicó que se le adjudica a estas neuronas un papel muy importante en la interpretación de las acciones, emociones y sensaciones de los demás... (Autismo Diario, 2012)

En este mismo artículo se cita que otros estudios, llevados a cabo por el grupo de Ramachandran, en la Universidad de California, por el grupo de Hari en la Universidad de Helsinki, y por el grupo de Theoret, de la Universidad de Montreal, *“hacen pensar que en las personas con autismo el sistema de neuronas espejo (SNE) se desarrolla de manera inadecuada, determinando así una incapacidad de comprender los actos de los demás, y sobre todo una incapacidad de imaginar que los demás son seres pensantes con intenciones y motivaciones intelectuales semejantes a las suyas”*. (Muñoz de León, 2013)

1.1.7. Sintomatología

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos DSM-IV-TR (APA, 2002) establece tres síntomas universales: trastorno cualitativo de la interacción

social, alteración cualitativa de la comunicación, patrones restrictivos y estereotipados del comportamiento y una edad de aparición antes de los tres años.

Además de la sintomatología detallada (rara vez únicas). *"Las personas con trastorno autista- pueden mostrar una amplia gama de síntomas comportamentales, en la que se incluyen la hiperactividad, ámbitos atencionales muy breves, impulsividad, agresividad, conductas autolesivas y especialmente en los niños rabietas. Puede haber respuestas extrañas a estímulos sensoriales. Por ejemplo, umbrales altos de dolor, hipersensibilidad a los sonidos o al ser tocados, reacciones exageradas a luces y olores, fascinación por ciertos estímulos".* (APA, 2002)

También alteraciones en la conducta alimentaria y en el sueño, cambios inexplicables de estados de ánimo, falta de respuesta a peligros reales y, en el extremo opuesto, temor inmotivado intenso a estímulos que no son peligrosos. Estos rasgos son frecuentes, pero no son criterios necesarios para diagnosticar autismo. (Alcantud –Marín, 2013)

La Asociación Internacional Autismo-Europa ha elaborado un documento oficial denominado Descripción del Autismo (Autism - Europe, 2010), el mismo que es el resultado del trabajo de expertos internacionales como Catherine Barthélemy, Joaquín Fuentes, Rutger van der Gaag y Paola Visconti donde establecen la siguiente sintomatología clínica.

1.1.7.1. Alteración del desarrollo de la interacción social recíproca

En algunas personas se da un aislamiento social significativo; otras se muestran pasivas en su interacción social, presentando un interés escaso y furtivo hacia los demás. Algunas personas pueden ser muy activas en establecer interacciones sociales, pero haciéndolo de manera extraña, unilateral, e intrusa; sin considerar plenamente las reacciones de los demás. Todas tienen en común una capacidad limitada de empatía, pero son capaces, a su manera, de mostrar sus afectos. (Autism - Europe, 2010)

1.1.7.2. Alteración de la comunicación verbal y no-verbal

Algunas personas no desarrollan ningún tipo de lenguaje, otras muestran una fluidez engañosa. Todas carecen de la habilidad de llevar a término un intercambio comunicativo recíproco. Tanto la forma como el contenido de sus competencias lingüísticas son peculiares y pueden incluir ecolalia, inversión pronominal, e invención de palabras. Las reacciones emocionales a los requerimientos verbales y no verbales de los demás son inadecuadas. evitación visual, incapacidad para entender las expresiones faciales, las posturas corporales o los gestos, en otras palabras, todas las conductas implicadas para establecer y regular una interacción social recíproca-. En algunos casos el desarrollo del lenguaje parece haberse interrumpido o incluso haber retrocedido. En otros casos puede asociarse con trastornos del desarrollo del lenguaje receptivo y expresivo. El repertorio de expresión y regulación de emociones es distinto a lo habitual; algunas veces aparentemente limitado y otras excesivo. A menudo se detectan graves dificultades para identificar y compartir las emociones de los demás. (Autism - Europe, 2010)

1.1.7.3. Repertorio restringido de intereses y comportamientos

La actividad imaginativa resulta afectada. La gran mayoría de personas incluidas en el espectro del autismo fallan en el desarrollo del juego normal de simulación, ficción o fantasía. Ésta limitada imaginación obstaculiza y limita su capacidad para entender las emociones y las intenciones de los demás. En algunos casos la actividad imaginativa es excesiva. En la mayoría de los casos la actividad imaginativa es ineficaz en su función adaptadora. En la medida que carecen de la capacidad de imaginar el pensamiento o lamente de los demás, les resulta muy difícil anticipar lo que pueda suceder, y afrontar los acontecimientos pasados. Los patrones de conducta son, a menudo, ritualistas y repetitivos. Pueden apegarse a objetos inusuales o extraños. Los movimientos repetitivos y estereotipados son habituales. A menudo se da una gran resistencia al cambio y una perseverancia en la inmutabilidad. Cambios insignificantes en el entorno pueden provocar un profundo malestar. (Autism - Europe, 2010)

Muchas niñas y niños afectados de autismo desarrollan intereses específicos o preocupaciones sobre temas peculiares. Además, en muchos casos, se da una sensibilidad inusual hacia los estímulos sensoriales -táctiles, auditivos, visuales- Otros rasgos comunes asociados y no específicos incluyen: ansiedad, trastornos del sueño y de la alimentación, trastornos gastrointestinales y las rabietas violentas con, a veces, conductas auto-lesivas. La expresión clínica puede variar mucho de una a otra persona, y también en una misma persona en el transcurso de su desarrollo. Algunas características pueden ser muy intensas y dominantes en una edad y pueden fluctuar tanto en naturaleza como en intensidad en otra, y si bien conducen a perfiles clínicos muy diferentes, todos constituyen expresiones del espectro del mismo síndrome. (Alcantud –Marín, 2013)

Además de las variaciones de expresión conductual, se da una enorme diversidad respecto al nivel de funcionamiento mental, que va desde una inteligencia normal o incluso superior, hasta un profundo retraso mental. Hay que destacar, sin embargo, que en tres cuartas partes de los casos identificados de trastornos del espectro autístico, concurre una deficiencia intelectual.

Con el cambio de terminología hacia Trastorno del Espectro Autista, vino también una nueva forma de observar los elementos que caracterizan al cuadro. Es así que los teóricos van diseñando instrumentos de observación más amplios y que contemplen las dimensiones deficitarias. Uno de ellos es la escala de valoración de capacidades funcionales alteradas en los niños con autismo, presentado por Ángel Riviere y Juan Martos en su obra “El niño pequeño con autismo” (Riviere & Martos, 2000). En el inventario llamado IDEA, se ponen de manifiesto 12 dimensiones para evaluar los TEA y cuatro niveles de gravedad. El nivel 1 caracteriza a las personas con un trastorno más severo, niveles cognitivos más bajos, personas que no han recibido un tratamiento adecuado o, por lo general, personas de corta edad; y el nivel 4 caracteriza a las personas con trastornos menos severos (Riviere A. , IDEA: inventario de espectro autista, 2002)

Tabla 1 Dimensiones del Autismo según A. Rivière

SOCIAL		ANTICIPACIÓN Y FLEXIBILIDAD	
1	Trastornos cualitativos de la relación social	7	Trastornos de la competencia de anticipación
2	Trastornos de las capacidades de referencia conjunta (acción, atención y preocupación conjuntas)	8	Trastorno de la flexibilidad mental y comportamental
3	Trastornos de las capacidades intersubjetivas y mentalistas.	9	Trastorno cualitativo del sentido de la actividad propia
COMUNICACIÓN Y LENGUAJE		SIMBOLIZACIÓN	
4	Trastornos cualitativos de las funciones comunicativas	10	Trastorno cualitativo de las competencias de ficción e imaginación
5	Trastornos del lenguaje expresivo	11	Trastorno cualitativo de la imitación
6	Trastorno cualitativo del lenguaje receptivo	12	Trastornos de la suspensión (de la capacidad de crear significantes)

Fuente (Rivière A. , IDEA: inventario de espectro autista, 2002)

1.1.8. Comorbilidad

Una investigación de la Universidad de Ámsterdam concluye que alrededor del 40% de los niños con TEA tenían al menos un diagnóstico de trastorno de ansiedad comórbido. Los psicólogos incluyen numerosos diagnósticos bajo el epígrafe de trastornos de ansiedad, pero la fuerza debilitante detrás de todos ellos es la presencia de una preocupación excesiva y miedo (Merril, 2013). Este estudio y otros han demostrado que los niños con TEA tienen síntomas más graves de fobias, obsesiones, compulsiones, tics motores y vocales, y fobia social que otros grupos de niños. Incluso sin un diagnóstico oficial

Los TEA se asocian frecuentemente con: retraso mental, epilepsia, problemas emocionales y conductuales, encopresis, patrón restrictivo de comidas, alteraciones del sueño, déficit de atención, inquietud psicomotora y epilepsia.

1.2. MODELO INTEGRATIVO SUPRAPARADIGMÁTICO

Producto de años de investigación y sistematización de información sobre el devenir de la psicología, en 1983 el Dr. Roberto Opazo de Nacionalidad Chilena propone EL Modelo Integrativo Supraparadigmático (MIS) y se refiere al mismo como una “macro-teoría” con “principios epistemológicos, metodológicos y paradigmáticos, que sirven de cimiento a una psicoterapia Integrativa. (Opazo R. , Psicoterapia Integrativa: delimitación clínica, 2001)

En el ámbito epistemológico, propone un constructivismo moderado. En el metodológico enfatiza el rol de la predicción y cambio como guía hacia el conocimiento.

El MIS (Modelo Integrativo Supraparadigmático), más que una integración de enfoques, de autores o de técnicas, involucra primordialmente una integración paradigmática. Es a partir de la integración paradigmática que se rescata “lo mejor” de enfoques, autores y técnicas para contextualizarlos en el marco del Modelo Integrativo (Opazo, 2001)

El Modelo que Opazo propone, se basa en la existencia de un Supraparadigma que a su vez está conformado por seis paradigmas ampliamente validados y reconocidos, en el entendido que un paradigma para ser integrado al Modelo, tiene que haber sido estudiado ampliamente, debe poder ofrecer evidencia de su operar efectivo en términos etiológicos y predictivos y en términos de estrategias de cambio. (Opazo R. , Psicoterapia Integrativa: delimitación clínica, 2001)

El Dr. Opazo en su libro Psicoterapia Integrativa: delimitación clínica, expone con amplitud los paradigmas que conforman el Supraparadigma y que siguiendo los principios de causalidad se expresan así:

Paradigma Biológico: Ciertas características genéticas, endocrinas, neuroanatómicas o bien neurofisiológicas pueden influir en la génesis específica de cogniciones, emociones o conductas

Paradigma Ambiental Conductual: Ciertas características ambientales específicas pueden influir en la génesis de cogniciones, afectos y conductas, pasando a tener especial relevancia el repertorio conductual integrando también los aprendizajes por condicionamiento clásico y operante.

Paradigma Cognitivo: Asigna un Rol central a la información y al procesamiento de la misma. *“Sesgos en la percepción e interpretación de la información pueden resultar en respuestas desadaptativas”* Pretzel y Beck, 1994, citado por (Opazo R. , Psicoterapia Integrativa: delimitación clínica, 2001) Dos personas distintas pueden traer pensamientos distintos, lo que se traduce en consecuencias emocionales y conductas específicas.

Paradigma Afectivo: Los eventos y estructuras afectivas pueden ejercer influencia causal generando conductas y cogniciones, e incluso cambios anatómo fisiológico en el organismo. Las emociones son esenciales para aprehender la totalidad del funcionamiento humano

Paradigma Sistémico: El sistema implica un todo, en donde los elementos están en interacción, donde el todo es más que la suma de las partes. El sistema se comparte de acuerdo a patrones de causalidad circular en un proceso que no tiene comienzo ni fin. El sistema busca mantener su punto de equilibrio homeostático y conservar su coherencia, lo que lleva a los sistemas a resistirse al cambio.

Paradigma Inconsciente: Procesos y actividades mentales de los cuales la persona no está consciente, pueden tener directa influencia sobre las cogniciones, afectos y conductas.

El MIS además de configurarse a través de estos paradigmas, ubica en el centro de su configuración al Sistema Self que, como epicentro del mundo psicológico, de la experiencia y de la personalidad, constituyendo un eje integrador, que

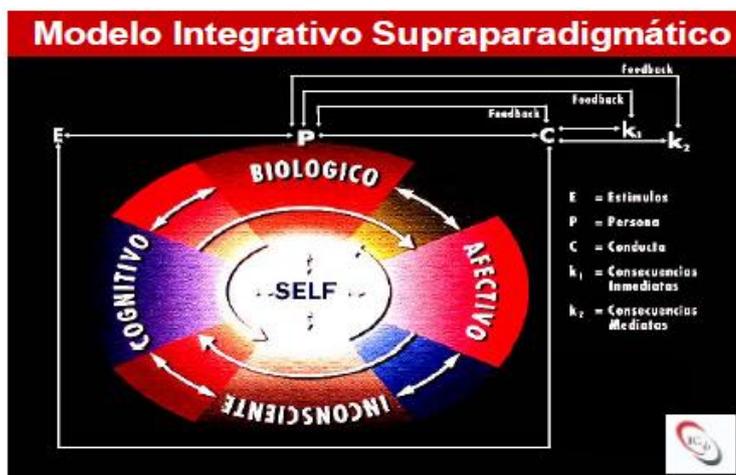
ejerce el rol de gran conductor de la dinámica psicológica y expresa el balance homeostático y la coherencia sistémica de la misma. (Opazo R. , Psicoterapia Integrativa y Desarrollo Personal, 2004)

El **Sistema SELF** posee seis funciones: Toma de Conciencia, Identidad, Significación, Auto-organización, Conducción de Vida y Búsqueda de Sentido; y recibe dos tipos de influencias en el proceso de significación. Desde “fuera”, los estímulos aportan la materia prima que será “psicofacturada”; esta materia prima fija límites al proceso de significación y la persona no puede construir “autistamente”² cualquier significado. Desde “dentro”, los sub-sistemas o paradigmas influyen y presionan al sistema SELF, a procesar y a significar en determinadas direcciones. (Bagladi V. , 2003)

La Ilustración 2 Modelo Integrativo Supraparadigmático constituye una expresión gráfica del Modelo Integrativo Supraparadigmático, y explicita la configuración estructural de sus elementos. Esta imagen es utilizada en el proceso psicoterapéutico, en las llamadas fases didácticas para mostrar al paciente la “rationale”, sus fortalezas y debilidades y durante el proceso para mostrarle su evolución.

²En lo particular cambiaría el término original, debido a mi compromiso personal con la lucha por los derechos de las personas con discapacidad para no ser tomadas como ejemplos negativos de la cognición humana. Obviamente sin desmerecer el concepto al que hace referencia.

Ilustración 2 Modelo Integrativo Supraparadigmático



Fuente (Bagladi V. , 2003)

En términos descriptivos, en el Modelo E son los estímulos ambientales, P es la persona, C es la conducta abierta, K1 son las consecuencias inmediatas y K2 son las consecuencias mediatas. El eje integrador de la persona (P) es el sistema SELF, hacia el cual convergen los paradigmas biológico, cognitivo, afectivo, inconsciente y sistémico. El Modelo integra también las modalidades causales lineal y circular y les otorga relevancia a las partes y al sistema como conjunto.

Roberto Opazo también propone el concepto de **principio de influencia**, el cual procura “*humanizar*” el principio de causalidad (Opazo R. , 2001, pág. 101). La determinación causal pasa a ser reemplazada por la influencia probabilística, la cual se aviene mejor con la forma en que funciona la dinámica psicológica.

1.2.1. El Enfoque Integrativo en psicoterapia

“El Modelo Integrativo ha contribuido a desarrollar un nuevo enfoque de psicoterapia: el Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS) (Opazo & Bagladi, 2009) cuyo objetivo central es, en palabras de su creador: “*Integrar todo conocimiento válido que aporte a la comprensión del funcionamiento psicológico y a la efectividad de la psicoterapia*” ... El EIS busca es integrar los aportes válidos de cada autor, de cada enfoque, de cada investigación y del propio E.I.S.

Todo lo cual aportará al conocimiento y, por ende, a los pacientes. (Bagladi V. , 2010)

1.2.2. Psicoterapia Integrativa

La psicoterapia Integrativa para el EIS es Un proceso activo que se desarrolla en un contexto interpersonal, que ha sido diseñado específica y deliberadamente como medio de influencia, cuyo propósito central es alcanzar objetivos acordados entre cliente y terapeuta, este último fundamenta su accionar en el Modelo Integrativo Supraparadigmático.

La psicoterapia Integrativa es nutrida por **fuerzas de cambio** provenientes del paciente, del terapeuta y de la relación, así como por **fuerzas de cambio específicas** provenientes de los paradigmas biológico, ambiental/conductual, cognitivo, afectivo, inconsciente y sistémico.

Los principios de influencia del MIS son administrados flexiblemente en función de las necesidades y objetivos del paciente, aportan a la psicoterapia materia prima que el paciente transforma en **estímulos efectivos**; es decir en experiencia movilizadora de cambio.

Cuando la situación clínica lo amerita, la psicoterapia Integrativa complementa la acción de cambio con **técnicas específicas** que apunten a la superación de síntomas o problemas más específicos. (Opazo R. , 2001)

1.3. INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA EN TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA

Acorde con el carácter multidimensional del TEA su evaluación y tratamiento se encuentra revestido de las mismas implicaciones interdisciplinarias, para lo cual idealmente se debe desarrollar un abordaje terapéutico múltiple como describe Campos (2007). *“La formación especializada, la experiencia clínica y los instrumentos validados internacionalmente deben conjuntarse para realizar el*

trabajo, el cual usualmente se realiza a lo largo de varios meses” (Campos, 2009).

Si bien es cierto que se han propuesto diferentes metodologías de intervención que han obtenido algunos efectos positivos, también es cierto que falta profundizar en el estudio y el alcance de las diferentes técnicas que las componen. (Campos, 2009)

1.3.1. Terapias basadas en evidencia

Si bien existen muchas intervenciones para el autismo, sólo algunos han demostrado ser eficaces a través de la investigación científica. Las intervenciones que los investigadores han demostrado ser eficaces se llaman prácticas basadas en la evidencia.

En el contexto internacional existen comunidades científicas dedicadas a la investigación sobre autismo, las mismas que están conformadas por expertos que revisan las investigaciones publicadas en revistas de acreditado prestigio científico durante determinado lapso de tiempo, sintetizan los resultados, elaboran guías de buenas prácticas y construyen metaanálisis utilizando técnicas estadísticas que permiten ordenar los resultados y clasificarlos según el nivel de evidencia científica demostrada y elevar recomendaciones.

Por lo general estos grupos científicos surgen de políticas estatales o se convierten en documentos oficiales de algunas regiones. Por mencionar algunos: la Guía del Departamento de Educación de California (1997), la Guía del Departamento de Salud Mental de Nueva York (1999), el Autism Task Force de Manchester (2002), la revisión recogida en la Guía Clínica de Salud Mental Infantil de Ontario (2003), la revisión realizada en Sidney por Roberts (2004) y la Guía de buenas prácticas de Escocia (2007)

Y entre los últimos trabajos se destacan Medicaid Services, de National Autism Center y de National Professional Development Center on ASD (2012) y la Guía elaborada por la organización británica “Autism Research”. (2012)

El Grupo de Estudio sobre los TEA del Instituto de Salud Carlos III, elaboró una Guía de buena práctica para el tratamiento de los trastornos del espectro autista, (Fuentes-Biggi, y otros, 2006) para ello, revisó la evidencia científica de los tratamientos disponibles basándose en revisiones realizadas por instituciones que utilizan para la evaluación crítica de los estudios los principios de medicina basada en la evidencia (MBE)³, Guías internacionales de buena práctica, Revisiones realizadas por grupos de expertos y la propia opinión consensuada del propio Grupo. La evidencia utilizada cumple los criterios que se detallan en la Tabla 2.

Tabla 2
Clasificación de las recomendaciones para Terapias en TEA

Clasificación de las recomendaciones en función del nivel de evidencia disponible según la Agency for Healthcare Research and Quality.	
Niveles de evidencia	
I.a	La evidencia científica procede de meta análisis de ensayos clínicos controlados y aleatorios
I.b	La evidencia científica procede de, al menos, un ensayo clínico controlado y aleatorio
II.a	La evidencia científica procede de, al menos, un estudio prospectivo controlado, bien diseñado y sin aleatorizar
II.b	La evidencia científica procede de, al menos, un estudio casi experimental, bien diseñado
III.	La evidencia científica procede de estudios descriptivos no experimentales, bien diseñados, como estudios comparativos de correlación o de casos y controles.

³Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), del Departamento Estadounidense de Salud y Servicios Humanos.

IV.	La evidencia científica procede de documentos u opiniones de expertos y/o experiencias clínicas de autoridades de prestigio
Grados de recomendación	
A	Corresponden a los niveles de evidencia científica I.a y I.b. Existe una evidencia “buena” con base en la investigación para apoyar la recomendación
B	Corresponde a los niveles de evidencia científica II.a ,II.b y III. Existe una evidencia “moderada” con base en la investigación para apoyar la recomendación
C	Corresponden al nivel de experiencia IV. La recomendación se basa en la opinión de expertos o en un panel de consenso

Fuente: Guía de Buena Práctica para el Tratamiento de los TEA, 2006)

1.3.2. Clasificación de las recomendaciones en función del nivel de evidencia

La Guía de Buena Práctica para el Tratamiento de los Trastornos del Espectro Autista (Fuentes-Biggi, y otros, 2006), después de un riguroso meta análisis de la eficacia de un importante número de terapias, señalan que no hay un único método universal óptimo para estos trastornos y proponen una tabla que sintetiza las conclusiones a las que llegaron.

Tabla 3
Valoración de los tratamientos

Sin evidencia y no recomendadas
Domain Delacato
Lentes de Irlen
Comunicación facilitada
Terapia psicodinámica
Secretina
Terapia antimicótica
Tratamiento con quelantes
Inmunoterapia
Terapia sacrocraneal
Terapias asistidas con animales
Evidencia débil y solo recomendados en estudios experimentales
Integración auditiva
Integración sensorial
Psicoterapias expresivas
Vitaminas y suplementos dietéticos
Dieta sin gluten/caseína
Evidencia débil, aunque recomendados
Promoción de competencias sociales
Sistemas alternativos y aumentativos de comunicación
Sistemas Teacch
Terapia cognitivo-conductual
ISRS en adultos con TEA
Estimulantes en TEA + TDA-H
Evidencia de eficacia y recomendados
Intervenciones conductuales
Risperidona

Fuente: (Guía de Buena Práctica para el Tratamiento de los Trastornos del Espectro Autista)

1.4. TÉCNICAS TERAPÉUTICAS BASADAS EN EVIDENCIAS

Desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático, que “obliga” al terapeuta a recurrir a técnicas terapéuticas de comprobada evidencia, se exponen a

continuación, aquellas que se han usado con nivel de evidencia II, III, y IV, ver Tabla 4.

1.4.1. Paradigma Biológico

El Paradigma biológico postula que “*disposiciones o cambios a nivel endocrino, de neurotransmisión, de dotación genética, de neuroanatomía, etc., pueden producir desajustes en el ser humano, ya sea a nivel cognitivo, afectivo y/o Comportamental* “. (Opazo, 2001)

1.4.2. Tratamientos biomédicos

Aunque no existe una terapia médica específica para los síntomas nucleares del autismo (Gillberg, Coleman. 1996), estos tratamientos, en general, persiguen potenciar el beneficio que la persona va a obtener de otros tratamientos educativos o conductuales y mejorar su calidad de vida y la de su familia.

1.4.2.1. Risperidona

El estudio más importante el cual encontró una respuesta en un 76% de los casos tratados con Risperidona frente a un 12% en los que habían tomado un placebo. (Elbe & Lalani, 2012)

1.4.2.2. Aripiprazol

Dos ensayos clínicos aleatorios con una participación de 316 niños y adolescentes mostraron mejoría frente a los controles. Las respuestas variaron entre un 49 y un 52% para el Aripiprazol frente a un nivel de mejora del 14 al 35% para el placebo. (Elbe & Lalani, 2012).

Nivel de evidencia 4: **Evidencia de eficacia y recomendados** Tabla 5.

1.4.2.3. Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina

Se consideró su utilización en el tratamiento del autismo por el doble hecho de que alrededor de un tercio de las personas con autismo presentaba hiperserotoninemia y que en los TEA aparecen síntomas similares a los trastornos obsesivos compulsivos. La revisión de la HTA (Broadstock, Doughty, 2003) y otros dos artículos de revisión actuales (Posey, McDougle, 2001; Francis, 2005) destacan la eficacia de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) sobre la reducción de pensamientos obsesivos y comportamientos repetitivos y ritualistas, la ansiedad y la agresividad en personas adolescentes y adultas con TEA, aunque su efecto no se ha demostrado en la infancia.

Nivel de evidencia 3: Evidencia débil, aunque recomendado Tabla 6.

1.4.2.4. Estimulantes (metilfenidato)

En una revisión realizada por la Canadian Autism Intervention Research Network (CAIRN, 2005.) se destaca que en personas con TEA en las que se identifique también un trastorno de déficit de atención/hiperactividad (TDA/H) el tratamiento con estimulantes disminuye las estereotipias y el lenguaje inapropiado. Deben utilizarse con prudencia, ya que su efecto beneficioso es menor.

Nivel de evidencia 3: Evidencia débil, aunque recomendado Tabla 7.

1.4.2.5. Secretina:

Este tratamiento se basa en la hipótesis de que una mala absorción intestinal permitiría el paso excesivo de determinados péptidos lesivos para el sistema nervioso central, y en cierta mejoría anecdótica en un número reducido de pacientes con autismo y diarrea crónica tras la administración de esta hormona. Existen tres revisiones sistemáticas sobre la eficacia de este producto para el tratamiento de los síntomas nucleares de los TEA, dos de ellas publicadas por

EBMH (Sandler, Sutton, DeWeese, Girardi, Sheppard, Bodfish, 1999; Roberts, Weaver, Brian, Bryson, Emelianova, Griffiths, et al., 2001) y otra más reciente efectuada por la CDSR (Williams, Wray, Wheeler, 2005). Todas llegan a la conclusión de que, en este momento, la secretina no puede recomendarse para el tratamiento de los TEA, ya que no existe evidencia empírica de que una única o múltiples dosis de secretina sean beneficiosas para el tratamiento de los síntomas centrales del autismo.

Nivel de evidencia 1: Sin evidencia y no recomendada Tabla 8.

1.4.2.6. Vitaminas y suplementos dietéticos:

Al constatarse hace años que las deficiencias en vitamina B6 se asociaban con problemas neuropsiquiátricos e inmunológicos, se postuló que la administración de megadosis de estos compuestos podría ser útil en el control de la agresividad, auto estimulación y la mejora del contacto visual de las personas con TEA (Rimland, Callaway, Dreyfus, 1978). Para contrarrestar los efectos adversos de la administración de megadosis de vitamina B6, ésta se asoció con magnesio. La revisión sistemática de la CDSR (Nye, Brice, 2002), que incluye una anterior de DARE (Pfeiffer, Norton, Nelson, 1995), establece que debido al escaso número de estudios metodológicamente sólidos y al limitado tamaño de las muestras no existe evidencia de la eficacia de esta intervención y, por tanto, no se pueden realizar recomendaciones sobre el uso de la combinación vitamina B6/Mg o vitamina A en el autismo.

Fuentes-Biggi, y otros, (2006) recomiendan efectuar estudios experimentales con muestras mayores que mejoren el poder estadístico de los análisis realizados y permitan detectar diferencias entre grupos tratados y no tratados.

Nivel de evidencia 2: Evidencia débil y solo recomendado en estudios Experimentales ver Tabla 9.

1.4.2.7. Dietas libres de gluten y caseína

El autismo podría explicarse etiopatogénicamente por una supuesta deficiente absorción intestinal, que favorecería que neuropéptidos derivados de las proteínas de trigo, cereales y leche de vaca llegaran al cerebro y ejercieran un efecto neurotóxico. Por ello, sus defensores recomiendan instaurar una dieta libre de gluten y caseína, a fin de mejorar los síntomas del autismo. La revisión sistemática realizada por la CDSR (Millward, Ferriter, Calver, Connell-Jones, 2002) sólo encontró un ensayo clínico aleatorio a pequeña escala que cumpliera criterios metodológicos de inclusión, y, aunque los resultados apoyan las observaciones anecdóticas de familiares en cuanto a la reducción de conductas autistas en niños a los que se aplica este tipo de dieta, señala que no existe suficiente evidencia para recomendarla debido al reducido tamaño de la muestra, a los problemas metodológicos y a las dificultades que implica este tipo de régimen en cuanto a incomodidad y coste económico. No obstante, considera que es un área de investigación interesante que requiere realizar ensayos controlados y aleatorios a gran escala que confirmen o descarten estos hallazgos.

Nivel de evidencia 2: Evidencia débil y solo recomendado en estudios Experimentales Tabla 10.

1.4.2.8. Terapia antimicótica

Por motivos diversos (exceso de administración de antibióticos, entre ellos), se produciría un aumento de infecciones por hongos en el intestino (cándidas) que ejercerían un efecto lesivo sobre la pared intestinal, de manera que se vería alterada la absorción y se permitiría el paso de sustancias neurotóxicas vinculadas al autismo. No existen revisiones sistemáticas de estas terapias.

Nivel de evidencia 1: Sin evidencia y no recomendada Tabla 11.

1.4.2.9. Inmunoterapia

La propuesta de que el autismo pueda estar asociado a un problema inmunológico ha llevado a que algunos profesionales administren inmunoglobulina intravenosa a niños y niñas con TEA. No existe ninguna revisión sistemática sobre este tipo de terapia. (Fuentes-Biggi, y otros, 2006)

Nivel de evidencia 1: Sin evidencia y no recomendada Tabla 12.

1.4.2.10. Terapia sacrocraneal

Se caracteriza por la manipulación (tracción y compresión) de las estructuras óseas de cráneo, columna y pelvis. Los proponentes de este tratamiento mantienen que su uso reduce la hiperactividad y mejora la comunicación de pacientes con TEA. La revisión sistemática de la HTA (A systematic review and critical appraisal of the scientific evidence on craniosacral therapy 1999) no encuentra evidencia de eficacia de esta terapia para ningún tipo de trastorno.

Nivel de evidencia 1: Sin evidencia y no recomendada Tabla 3.

1.4.2.11. Terapia de Integración sensorial

Ayres, (2006) define al Trastorno del Procesamiento Sensorial como la disfunción de integración sensorial, un mal funcionamiento de la organización de la información dentro del S.N.C., el cual no consigue organizar los impulsos sensoriales para poder darle al individuo una información adecuada y precisa sobre él mismo y su ambiente. Esta disfunción suele reflejarse en el comportamiento y en la coordinación motora.

“La integración sensorial...es la capacidad que posee el sistema nervioso central de interpretar y organizar las informaciones captadas por los diversos órganos sensoriales del cuerpo. Dichas informaciones, recibidas por el cerebro, son analizadas y utilizadas para permitirnos entrar en contacto con nuestro ambiente y responder adecuadamente. Explica muchas de las conductas de los niños con autismo, conductas a priori inexplicables y que pueden ser toda una tortura, tanto

para el niño como para quienes “sufren” sus rabietas o conductas impropias”. (Ayres, 2006)

Un estudio publicado en enero de este año en la revista “American Journal of Occupational Therapy”, titulado “Effectiveness of Sensory Integration Interventions in Children With Autism Spectrum Disorders: A Pilot Study” citado por Autismo Diario, (2011) aborda la eficacia de la integración sensorial en niños con Trastornos del Espectro del Autismo (TEA). El propósito del estudio era establecer las bases para el diseño de un sistema de verificación de la eficacia de la terapia de integración sensorial en niños con TEA.

Los resultados del estudio, demuestran que las técnicas de integración sensorial funcionan, ya que los niños que siguieron este programa mejoraron más que los que siguieron el programa de motricidad fina.

Nivel de evidencia 2: Evidencia débil y solo recomendado en estudios experimentales. Ver Tabla 13.

El mencionado estudio está en proceso de metaanálisis para aumentar el grado de evidencia científica.

1.5. PARADIGMA AMBIENTAL/CONDUCTUAL

Este paradigma “postula que ciertas características ambientales específicas, pueden influir en la génesis de específicas cogniciones, afectos y conductas (los cuales pueden ser más o menos “desajustados”) (Opazo, 2001)

Dentro de las Terapias de intervención Conductual se incluyen varios modelos, programas y técnicas terapéuticas como el Análisis del Comportamiento Aplicado (ABA), las intervenciones Conductuales Intensivas (IBI), las Intervenciones Conductuales Intensivas Tempranas (EIBI), el Proyecto de Intervenciones Tempranas (EIP), el Entrenamiento en Ensayos Discretos (DTT), la Terapia Lovaas, el Modelo UCLA de Intervención conductual en casa manejado por los padres.

Muchos de estos términos suelen utilizarse como sinónimos sin serlo, lo que provoca confusión en las familias y los profesionales. Por ejemplo, el ABA es un término más amplio que la terapia Lovaas, y el DTT es una técnica concreta.

1.5.1. El Análisis Conductual Aplicado [Applied Behaviour Analysis (ABA)]

Es un modelo de intervención creado en la década de los 60 de la mano de autores como Charles Ferster, Ivar Lovaas, Montrose Wolf y Todd Risley, citado por Trivisonno (2010).

Los programas de ABA se basan en los principios derivados del laboratorio y la investigación aplicada en psicología del aprendizaje. Su hipótesis de trabajo es que los niños con autismo tienen un déficit de aprendizaje-desarrollo, y que los principios derivados de la psicología del aprendizaje pueden facilitar la adquisición de habilidades adaptativas y facilitar la reducción de conductas problemáticas. (AUTISMO ABA, 2012)

Un programa ABA entrena habilidades de todas las áreas de funcionamiento: lenguaje y comunicación; juego; habilidades sociales; habilidades de tiempo libre y ocio; habilidades pre académicas y académicas, habilidades de auto ayuda, habilidades socio emocionales. Se centra en la reducción de conductas como las agresivas, el déficit de atención, y las conductas estereotipadas y rituales. (Trivisonno, 2010).

Esta terapia tiene las siguientes características:

- Intervención temprana, preferiblemente antes de los 3,5 años.
- Implicación de los padres como co-terapeutas. Facilitadores del mantenimiento y la generalización de nuevas habilidades.
- Entrenamiento intensivo cara-a-cara.
- Técnicas de modificación de conducta, estímulo-respuesta-refuerzo. Emplea el refuerzo positivo para el mantenimiento de las conductas.

Para la eliminación emplea técnicas como la extinción, el castigo o el tiempo fuera.

- Programa individualizado. Se desarrolla una evaluación inicial para determinar el nivel de funcionamiento y las dificultades conductuales específicas. Se enseñan nuevas habilidades mediante un programa paso a paso.
- Duración de al menos 2 años con una intensidad de entre 30-40 horas a la semana.

1.5.2. Entrenamiento por Ensayos Discretos [Discrete Trial Training (DTT)]

El DTT implica dividir habilidades específicas en pequeños componentes llamados tareas, después se enseñan de forma gradual.

El entrenamiento implica la presentación de series de ensayos, cada uno de los cuales tiene cuatro componentes: El estímulo E (instrucción verbal), Apoyo conductual acorde a la necesidad, Respuesta y Consecuencia.

El DTT más bien representa una de las diferentes estrategias de enseñanza entre los instrumentos del ABA, así como el encadenamiento y el modelado.

1.5.3. Proyecto de Intervención Temprana Early Intervention Project EIP

Se basa en los principios del ABA para enseñar de manera gradual auto-ayuda y habilidades de lenguaje receptivo, habilidades de imitación de lenguaje verbal y no-verbal y establecer los fundamentos para el desarrollo del juego apropiado. Se caracteriza porque uno de los aspectos esenciales es enseñar habilidades de imitación. Como herramienta prioritaria de trabajo. La segunda fase del programa comienza cuando el niño domina.

Emplea de manera prioritaria el refuerzo positivo, el encadenamiento hacia atrás, el modelado y el desvanecimiento. Se emplean como refuerzos la comida y los

objetos favoritos, que se van reemplazando por reforzadores sociales como los elogios. La duración del programa es de 2 a 3 años, con una intensidad de 40 horas semanales. Los primeros 6-12 meses el entrenamiento es en su casa

La Guía de Nueva York (Department of health information for a healthy New York, 2013), y la (National Institutes of Health , 2012) Afirman de manera contundente que considerando la evidencia con la que se cuenta en la actualidad, que la intervención conductual intensiva debería ser la intervención por excelencia para el autismo.

Según Fuentes-Biggi, y otros, (2006) las prácticas de modificación de conducta y las técnicas basadas en las teorías del aprendizaje deben ser incluidas en los programas de tratamiento de los TEA.

Nivel de evidencia 4: Evidencia de eficacia y recomendados Tabla 14.

1.5.4. Sistemas de fomento de las competencias sociales

Según Fuentes-Biggi, y otros, (2006) en tanto que las deficiencias en habilidades sociales son nucleares en los TEA, diversos métodos o programas se esfuerzan por conseguir avances en esta área. Entre ellos se incluyen las historias y guiones sociales, la intervención guiada por alumnado sin dificultades, el aprendizaje de competencias sociales, el entrenamiento en habilidades mentalistas, las intervenciones basadas en el juego y la intervención para el desarrollo de relaciones(RDI, por sus siglas en inglés).No se han identificado revisiones sistemáticas sobre la eficacia de estas técnicas, aunque sí existe un CAT sobre historias sociales que apoya la eficacia de esta intervención para reducir las conductas problemáticas y la posible mejora de habilidades de interacción social, si se lleva a cabo de acuerdo con programas bien definidos y adaptados individualmente.

Las guías de buena práctica (California, Manchester, Ontario y Sidney) las revisan y destacan la importancia que la guía canadiense les otorga. Existen pequeños estudios muy diversos que sugieren la eficacia relativa de estas

técnicas, aunque subrayan que el aprendizaje de habilidades mentalistas no implica ni el desarrollo de otras capacidades ni la generalización a otros contextos sociales. En todo caso, no se puede afirmar que exista evidencia científica de su utilidad.

1.6. PARADIGMA COGNITIVO

El paradigma Cognitivo plantea que eventos, procesos y estructuras cognitivas pueden tener repercusiones o una influencia causal en otros pensamientos, afectos o conductas. (Opazo, 2001)

No se ha encontrado intervenciones cognitivas que cubran exclusivamente los aspectos cognitivos de una persona en el entendido que el ser humano es un ser multidimensional y único a la vez. En este apartado se detallan técnicas terapéuticas orientadas al desarrollo de la comunicación y la inflexibilidad cognitiva.

1.6.1. PECS (sistema de comunicación por intercambio de imágenes)

Según Sulzer-Azaroff, Hoffman, Horton, Bondy, & Frost, y Tager-Flusber, el sistema de comunicación por intercambio de imágenes, PECS (Picture Exchange Communication System) es un sistema aumentativo y/o alternativo de comunicación que utiliza como modalidad comunicativa las imágenes. (Sulzer-Azaroff, Hoffman, Horton, Bondy, & Frost, 2009; Tager-Flusberg, 1999)

El método interactivo de comunicación para niños no verbales, que requiere el intercambio de un símbolo (tarjeta) entre el niño/a y el profesional. Este símbolo es intercambiado para iniciar una petición, hacer algún tipo de elección, propiciar una información o responder. Al niño se le enseña a aproximarse y entregar el objeto deseado. De esta forma, el niño inicia acto comunicativo por un resultado concreto, dentro de un contexto social. Se comienza con el intercambio de la tarjeta, para continuar en diferentes fases con la discriminación de símbolos, creación de oraciones sencillas y más adelante, comentarios y respuesta a preguntas directas. (PECS Pyramidal Educational Consultant, 2012)

. El protocolo de entrenamiento está basado en el libro “Verbal Behavior”, de B.F. Skinner, donde se introduce el uso de estrategias de apoyo y de reforzamiento que llevarán a la comunicación independiente.

Nivel de evidencia 3: Evidencia débil aunque recomendado Tabla 15.

1.6.2. Sistema TEACCH

El programa de Carolina del Norte para el Tratamiento y Educación de Niños con Autismo y discapacidades de Comunicación relacionadas (TEACCH), creadas por Eric Schopler (2001), se basa en los principios de la Terapia Cognitivo Conductual. En sus manuales de entrenamiento para terapeutas establece como principios en los que se fundamenta el programa:

- Adaptación óptima
- Colaboración entre padres y profesionales
- Intervención eficaz
- Énfasis en la teoría cognitiva y conductual
- Asesoramiento y diagnóstico temprano
- Enseñanza estructurada con medios audiovisuales
- Entrenamiento multidisciplinario en el modelo generalista

La Guía de Buena Práctica para el Tratamiento de los Trastornos del Espectro Autista, (2006) concluye que las limitaciones metodológicas de los trabajos revisados no permiten ni establecer la eficacia del tratamiento ni, cuándo se aprecian beneficios atribuírselos a la intervención realizada.

Las guías de buena práctica (California, Manchester, Ontario y Sidney) adoptan un estilo descriptivo del TEACCH, para concluir básicamente que, aunque el sistema parece prometedor no se dispone de verificación independiente de su eficacia.

Nivel de evidencia 3: Evidencia débil, aunque recomendado Tabla 16.

1.6.3. Otras técnicas Cognitivo Conductuales

La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC). Aborda eficientemente los trastornos de ansiedad que son frecuentes en el autismo utilizando exposición graduada, enseñanza de formas de relajación. (Moree & Davis III, 2010) También utiliza la reestructuración cognitiva, o identificar y trabajar para cambiar los patrones irracionales de pensamiento, y modelando el pensamiento adecuado

Ante la presencia de algunas limitaciones con el lenguaje del paciente (Moree & Davis III, 2010) encuentran que la incorporación de más elementos visuales concretos e intereses específicos del niño, así como la participación de los padres, son extremadamente importantes.

1.7. PARADIGMA AFECTIVO

Paradigma Afectivo: En este paradigma los eventos y estructuras afectivas del peritado pueden ejercer una influencia causal, generando cogniciones, conductas y cambios fisiológicos en el organismo. (Opazo R. , 2001)

1.7.1. Intervención para el Desarrollo de Relaciones RDI (Relationship Development Intervention)

Es un programa que impulsa el desarrollo infantil en base al afecto o la habilidad de conectar el afecto con una conducta comunicativa. Su creador, Stanley Greenspan desarrolla el “modelo en base a 3 componentes: (Zardain, 2013)

- Entender la etapa de Desarrollo socio-emocional o “funcional” en que se encuentra el niño/a;
- Entender las diferencias Individuales que cada niño aporta al momento de interactuar;
- Entender los patrones relacionales que afectan la interacción del niño/a con sus padres o cuidadores significativos, aspecto que juega un rol clave para tener oportunidades de organizar los instrumentos del desarrollo al servicio de conductas comunicativas cada vez más complejas.

La principal estrategia de intervención en la cual se basa el modelo DIR es originalmente conocida en inglés como Floor Time. (Breinbauer C. , 2006)

1.7.1.1. El tiempo del suelo (floor time)

Consiste en una serie de técnicas para ayudar a los padres y profesionales a abrir y cerrar círculos de comunicación, con el objeto de fomentar la capacidad interactiva y de desarrollo del niño. El tiempo del suelo es una interacción no estructurada, dirigida por los propios intereses del niño. (Breinbauer C. , 2006)

El objetivo del tiempo del suelo es estimular la interacción cara a cara, uno-a-uno. Mediante un “cortejo” activo al niño, para que éste responda a sus señales .El tiempo del suelo moviliza las capacidades interactivas del niño, así como su capacidad relacionada con la percepción, el lenguaje, la exploración motora y el proceso sensorial. Las interacciones deben implicar siempre un dar y recibir.: (the unicorn children, 2007)

Según la guía de buena práctica para el tratamiento de los trastornos del espectro autista (Fuentes-Biggi, y otros, 2006)“*No existen revisiones sistemáticas sobre este tratamiento, lo que se puede explicar por la falta de adherencia de este marco al método científico*”.

Nivel de Evidencia 1 (Fuentes-Biggi, y otros, 2006)

1.7.2. Musicoterapia

Según (Evans (2012) y Aureli (2012) Un profesional especialista en autismo puede sugerir diversos tratamientos factibles de promover efectos significativos a nivel físico, conductual y emocional. Uno de esos posibles tratamientos está relacionado con el uso de la música y el sonido con fines terapéuticos.

Para sus defensores la musicoterapia, es una disciplina del área de la salud, que facilita cambios positivos y significativos en el comportamiento humano. Cimentada sobre experiencias musicales diversas, utiliza como herramientas

específicas los instrumentos musicales u otros elementos y objetos que facilitan y promueven la apertura de canales de comunicación. (Wigram, 2010)

Un estudio realizado por Kim, Wigram, encontró que los niños con autismo mostraron mejoras en la expresión emocional y el compromiso social durante las sesiones de musicoterapia. Estos niños también respondieron a las peticiones del terapeuta con más frecuencia durante la musicoterapia que en las sesiones de juego sin música. (Wigram, 2010)

Dos guías de buena práctica analizan estas terapias: la de Ontario señala que, a pesar de existir numerosos artículos que describen sus supuestos beneficios, la falta de una metodología de investigación apropiada impide realizar una valoración científica sobre su eficacia. Con respecto a la utilización del arte, la guía canadiense señala su preocupación sobre el hecho de que las personas con TEA frecuentemente tienen una imaginación limitada, por lo que cuestiona la aplicabilidad de este tipo de intervención. No obstante, algunas personas podrían disfrutar de estas actividades (música, arte, etc.) y utilizarlas como actividades comunitarias de ocio. La guía de Nueva York señala que dada la falta de eficacia demostrada la musicoterapia no debe recomendarse como terapia aislada y específica para el autismo.

El Grupo de Estudio (Fuentes-Biggi, y otros, 2006) coincide con el criterio de ambas guías y resalta que *“tanto los familiares como los profesionales deben ser conscientes de que, si no existe beneficio terapéutico demostrado, estas terapias deberían aplicarse únicamente en proyectos de investigación, o como simple actividad lúdica apropiada para algunos o algunas pacientes con TEA”*.

1.8. PARADIGMA INCONSCIENTE

Esta corriente, propone la Terapia de Abrazos, en la que el niño es abrazado a la fuerza por la madre con el fin de restablecer el vínculo afectivo perdido. Algunos autores piensan que aunque el abrazo forzado reporte éxito en ocasiones, no se debe a que el autismo tenga una base psicógena, sino a que

el abrazo forzado reporta al niño una estimulación sensorial. (Garcia-Gomez, 2008)

Según (Fuentes-Biggi, y otros, 2006) en su guía de buena práctica para el tratamiento de los trastornos del espectro autista mencionan que se ha propuesto la terapia psicodinámica (de orientación psicoanalítica) para el tratamiento de los TEA. Esta terapia se utiliza para ayudar a un paciente a afrontar o expresar conflictos inconscientes o conscientes que subyacen a un trastorno mental.

No existen revisiones sistemáticas sobre este tratamiento, lo que se puede explicar por la falta de adherencia de este marco al método científico. Muchas de las guías de buena práctica, de hecho, ni mencionan estas técnicas. La guía de California concluye que no hay ninguna evidencia de que el autismo tenga un origen psicogénico, y que la eficacia de los tratamientos psicoanalíticos es cuestionable.

El Grupo de Estudio no recomienda la terapia psicodinámica como tratamiento de los TEA y destaca que el planteamiento psicoanalítico del autismo ha constituido uno de los mayores errores en la historia de la neuropsiquiatría infantil. (Fuentes-Biggi, y otros, 2006)

1.9. PARADIGMA SISTÉMICO

Dentro de los aspectos sociales, la familia cumple un rol prácticamente irremplazable en la socialización, control social, mantenimiento de sus miembros, así como en dar apoyo emocional (Opazo R. , Psicoterapia Integrativa: delimitación clínica, 2001)

1.9.1. El Método Son-Rise

Según sus creadores, el programa Son-Rise es un método de tratamiento para personas con autismo creado por la familia Kaufman en el año 1974. (Autism Treatment Center of America, 2013)

En este método los padres del niño ayudan a su hijo a través del “joining”. (unión) donde se unen a las conductas exclusivas y repetitivas de su hijo con el objetivo de llamar la atención del niño y lograr un puente que los lleve al mundo del niño. A través de esto se procura descubrir las motivaciones del niño y luego utilizarlas como forma de propiciar la interacción y favorecer el aprendizaje.

El amor, la aceptación y el respeto son los pilares del programa Son-Rise. La actitud juguetona y el dar el control al niño son las bases para la interacción.

Un equipo de investigadores de la Universidad de Northwestern (EE.UU.) y la Universidad de Lancaster (Reino Unido) ha completado el primer estudio experimental que examina los efectos del Programa Son Rise intensivos (SRP) en niños con autismo. Los niños, con los niveles de expresión del lenguaje de 32 meses o menos (en base a la Escala de Conducta Adaptativa Vineland), estaban entre las edades de 47 y 78 meses en el momento del estudio. Los resultados mostraron mejorías significativas en la frecuencia de los comportamientos sociales de comunicación, así como un aumento en la duración de las interacciones comunicativas de pre y post-tratamiento. (Thompson, Sundin, & Jean, 2012)

Según la (Guía de Buena Práctica para el Tratamiento de los Trastornos del Espectro Autista, 2006). Este programa no tiene evidencia probada hasta la fecha de su publicación.

Nivel Evidencia 2 (Fuentes-Bigggi, y otros, 2006)

II. MARCO METODOLÓGICO

2.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En Bolivia no existen datos sobre el número de casos de autismo -a pesar que padres de familia solicitaron que en el censo de 2012 se incluyera una pregunta relacionada- ni una clara intención de las autoridades de salud por mejorar la situación de desconocimiento de este problema. (CEIS Centro de Educación e información para la salud, 2013).

Según la revisión bibliográfica efectuada para esta investigación, se comprobó que existen también pocos estudios vinculados a la temática del autismo y aún menos relacionados a su intervención terapéutica.

En La Paz, Álvaro Molina (2007) realiza un estudio de caso sobre aspectos neuropsicológicos de la comunicación en la familia con un hijo con autismo. En Santa Cruz de la Sierra, Ana Montero, (2009) investigó los efectos psicoafectivos de las familias con hijos diagnosticados con TEA, Mary Lenny Chávez, (2009) realizó un estudio para la creación de grupos de apoyo social para familias de hijos con autismo, y Estefanía Lechín realizó un proyecto de intervención para el desarrollo de habilidades en niños con TEA utilizando el método ABA (2010).

Estas investigaciones reflejan cómo en nuestro medio se observa la realidad del paciente desde una perspectiva única para comprender y atender a pacientes que presentan un trastorno multisintomático y con alta frecuencia de comorbilidades.

En los distintos países se publican trabajos que revisan la evidencia científica de los tratamientos efectivos para los TEA. Estas investigaciones suelen incluir una tabla o lista de clasificación de los tratamientos ordenados en función del nivel de evidencia científica alcanzado por cada uno de ellos.

Con una lectura similar de los hechos el psicólogo español Ángel Rivière, explica que en los últimos años las teorías psicológicas han intentado explicar el Autismo definiendo un solo aspecto del desarrollo psicológico, cuya alteración daría

cuenta del amplio conjunto de anomalías y desfases evolutivos que se observan en la persona que tiene el trastorno.

Con independencia del aspecto explicativo, en el plano del tratamiento la estrategia única debe ser sustituida por una estrategia Integrativa. Entonces el tratamiento del Autismo permite unos principios generales muy abstractos, pero al mismo tiempo tiene que ser extremadamente individualizado.

En el punto de unión entre las características abstractas y generales que definen a todas las personas con Autismo y esas características peculiares de cada persona en particular aparece un concepto útil para relacionar explicación y tratamiento: el concepto de Espectro Autista gracias a la participación de Lorna Wing y Ángel Rivière.

En el espectro, se considera al Autismo como un continuo de diferentes dimensiones y no como una categoría única, permite reconocer a la vez lo que hay de común y diferente entre las personas autistas. A partir del concepto de Espectro Autista se sitúa el problema en un terreno donde se puede definir las estrategias de tratamiento atendiendo a la unidad del cuadro (síntomas universales) y la diversidad sintomática (síntomas específicos o idiosincráticos).

La idea de considerar al Autismo como un continuo nos ayuda a comprender que todos presentan alteraciones, en mayor o menor grado, en una serie de aspectos o dimensiones. (Rivière 1997)

A nivel de intervención terapéutica, y luego de revisar la literatura científica sobre el tema, se ha encontrado numerosas clasificaciones de los distintos programas de intervención. Mulas, Ros, Millá, Etchepareborda, Abad, y Téllez (2010) en un intento por organizar convenientemente la gran diversidad de modelos de intervención terapéutica y psicoeducativa, proponen utilizar una clasificación documentada por distintos investigadores que las diferencia en intervenciones conductuales, Intervenciones evolutivas e Intervenciones basadas en terapias.

Todas las revisiones sugieren que las buenas prácticas manejan procedimientos basados en la evidencia científica, incorporando variedad de técnicas.

Recomiendan también que los profesionales tienen que conocer la investigación existente respecto a las mejores propuestas de intervención.

El Dr. Roberto Opazo, (2001) creador del Modelo Integrativo Supraparadigmático, propone un nuevo estilo de hacer terapia, una psicoterapia más abarcativa con amplia ventaja para atender la demanda del paciente porque la Psicoterapia Integrativa obliga al psicoterapeuta a trazar objetivos claros, a nutrir el proceso con las fuerzas de cambio provenientes del paciente, del terapeuta y de la relación entre ambos; así como también a integrar en la psicoterapia las fuerzas de cambio específicas que provienen de los paradigmas biológico, ambiental/conductual, cognitivo, afectivo, inconsciente y sistémico.

La psicoterapia Integrativa se guía por **principios de influencia** que surgen de la humanización del principio de causalidad y que administrados flexiblemente aportan materia prima que el sistema SELF del paciente transforma en **estímulos efectivos**; esto es, en experiencia movilizadora de cambio. Así también, cuando la situación clínica lo amerite, sugiere complementar con **técnicas específicas** con que surgen del conocimiento válido por su probada eficacia en la superación de síntomas o problemas más específicos.

En base a todos los hechos planteados, a la revisión bibliográfica realizada, a los postulados de la psicoterapia Integrativa y a las necesidades actuales de la población infantil con trastornos de espectro autista surgen las siguientes preguntas de investigación:

¿Qué intervenciones terapéuticas para niños con TEA están basadas en evidencia científica y cuál es su nivel de recomendación?

¿Qué terapias utilizan un grupo de expertos en Santa Cruz de la Sierra para atender a niños con trastornos del espectro autista?

¿Qué nivel de evidencia científica poseen las terapias utilizadas por un grupo de expertos en Santa Cruz de la Sierra para niños con TEA?

¿Qué técnicas terapéuticas existen con evidencia científica que puedan responder a las exigencias del Supraparadigma del Modelo Integrativo Supraparadigmático?

¿Qué intervenciones terapéuticas debe componer una psicoterapia Integrativa que responda al modelo Integrativo Supraparadigmático para el tratamiento efectivo de trastornos del espectro autista en niños de 4 a 12 años?

¿Qué fuerzas de cambio se podrían implementar en la psicoterapia Integrativa Supraparadigmática para niños con TEA entre 4 y 12 años de edad?

2.2. OBJETIVOS

2.2.1. Objetivo General

Elaborar una propuesta de psicoterapia Integrativa para niños entre 4 y 12 años con Trastorno del Espectro Autista de la ciudad de Santa Cruz de la Sierra.

2.2.2. Objetivos Específicos

- Indagar cuáles intervenciones terapéuticas para niños con TEA están basadas en evidencia científica y cuál es su nivel de recomendación
- Conocer qué terapias utiliza un grupo de expertos en Santa Cruz de la Sierra para atender a niños con trastornos del espectro autista.
- Analizar el nivel de evidencia científica que poseen las terapias de un grupo de expertos en Santa Cruz de la Sierra para niños con TEA
- Clasificar en base a guías internacionales de buena práctica, las terapias basadas en evidencia para el tratamiento de personas afectadas con trastorno del espectro autista en los seis paradigmas del MIS.
- Establecer lineamientos generales en base al EIS para un programa de estrategias e intervención terapéuticas Integrativa para el tratamiento efectivo de trastornos del espectro autista en niños de 4 a 12 años.

2.3. DISEÑO METODOLÓGICO

2.3.1.1. Tipo de investigación

La presente investigación tiene un diseño no experimental de tipo exploratoria, cuantitativa, y transversal.

Es una investigación exploratoria porque indaga aspectos no explorados en Bolivia como es la psicoterapia Integrativa para niños de 4 a 12 años con diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista

La presente investigación es cuantitativa porque para la recolección de los datos, se elaboró un instrumento, previamente probado, cuyos datos fueron analizados por métodos estadístico y donde el investigador se constituyó en un objeto pasivo que se limitó a analizar los datos obtenidos.

Es descriptiva porque el análisis de los datos permitió encontrar las posibles relaciones entre las características sintomáticas de los niños con TEA y las técnicas más idóneas para promover cambios adaptativos.

Finalmente, la investigación es transversal ya que la recolección de los datos se realizó en un periodo de tiempo determinado es decir de julio a agosto del 20013.

2.3.2. Método de investigación

Métodos Teóricos: Por las características del presente estudio, se utilizaron los siguientes métodos teóricos:

El método de análisis y síntesis de los datos obtenidos en la revisión de la encuesta para justificar la necesidad de elaborar una propuesta de psicoterapia Integrativa para niños con TEA.

El método de inducción y deducción, a partir de las opiniones generales vertidas por los psicólogos, psicopedagogos y psiquiatras las cuales sirvieron de justificación para el diseño de líneas de intervención en la propuesta terapéutica.

Análisis documental: La Revisión Bibliográfica permitió recolectar evidencia científica que pueda ser utilizada para elaborar el marco teórico, para la revisión sistemática de los lineamientos terapéuticos recomendados que puedan cubrir las necesidades de cada uno de los paradigmas.

2.3.3. Métodos Empíricos

Encuesta: Se utilizó en primer término la encuesta la cual se aplicó a 15 profesionales entre psicólogos, psicopedagogos y psiquiatras de la ciudad de Santa Cruz de la Sierra con experiencia en la intervención terapéutica en pacientes con trastornos del espectro autista que permitió recoger información en poco tiempo y así justificar la necesidad diseñar una intervención terapéutica Integrativa para niños con TEA.

El instrumento de recolección de datos es una encuesta con preguntas cerradas y de opción múltiple. Dicho instrumento fue previamente probado en 5 especialistas para identificar las posibles fallas y realizar las correcciones pertinentes. (Prueba Piloto). Previo a su aplicación a cada participante se le dio la carta de consentimiento informado que llenó y rubricó en señal de aceptación.

Anexo 1. Posteriormente se le proporcionó la encuesta Anexo 2

2.3.4. Población

La población de estudio estuvo formada inicialmente por 8 psicólogos, 3 psicopedagogos y 4 psiquiatras que trabajan en los únicos centros que ofrecen servicios para niños con trastornos del espectro autista en la ciudad de Santa Cruz de la Sierra.

2.3.5. Selección de la muestra

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia tomando en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

- Contar con el Título de Psicólogo, Psicopedagogo o Psiquiatra en provisión nacional.
- Contar con una experiencia terapéutica de 5 años en la atención de pacientes.
- Estar trabajando actualmente en la intervención terapéutica de niños con TEA
- Estar dispuesto a participar del estudio y tener como residencia fija la ciudad de Santa Cruz de la Sierra.

2.3.6. Tamaño de la muestra

Una vez aplicada la técnica de muestreo anteriormente citada el tamaño de la muestra estuvo conformada por 8 Psicólogos, 3 psicopedagogos y 4 Psiquiatras que cumplieron con los criterios de inclusión.

2.3.7. Plan de análisis de los resultados

Una vez recopilada la información esta fue tabulada manualmente y luego introducidos los datos a un programa estadístico informático SSPS versión 18, y en base a los resultados del SSPS algunos datos fueron introducidos manualmente al programa Excel XP que muestra los resultados en tablas y gráficos.

2.4. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

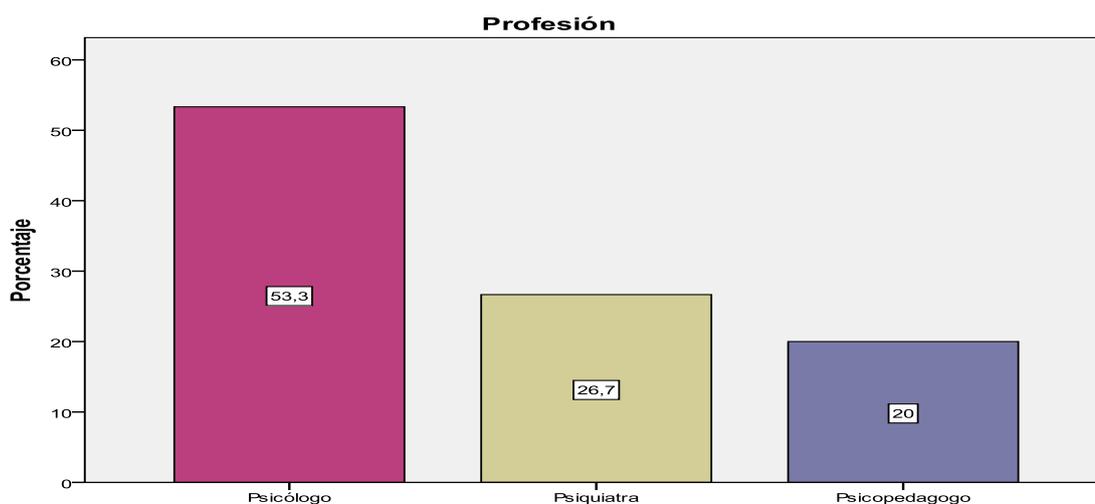
El análisis estadístico de las encuestas realizadas, arrojan datos que serán analizados por cada reactivo de la encuesta. En la pregunta 3 por ser de selección múltiple se realizará el análisis individualizado y se cruzarán las variables pertinentes a los objetivos planteados.

2.4.1. Distribución de la muestra por profesión

Tabla 17 Distribución de la muestra por profesión

		Profesión			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
		a	e		
Válidos	Psicólogo	8	53,3	53,3	53,3
	Psiquiatra	4	26,7	26,7	80,0
	Psicopedagogo	3	20,0	20,0	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Gráfico 1: Distribución de la muestra por profesión



En Santa Cruz de la Sierra existen seis centros de atención especializada para niños con trastornos de espectro autista. Los profesionales consultados psicólogos y psicopedagogos ejercen su profesión en ellos. Los psiquiatras, trabajan en consulta privada y atienden a los niños de estos centros.

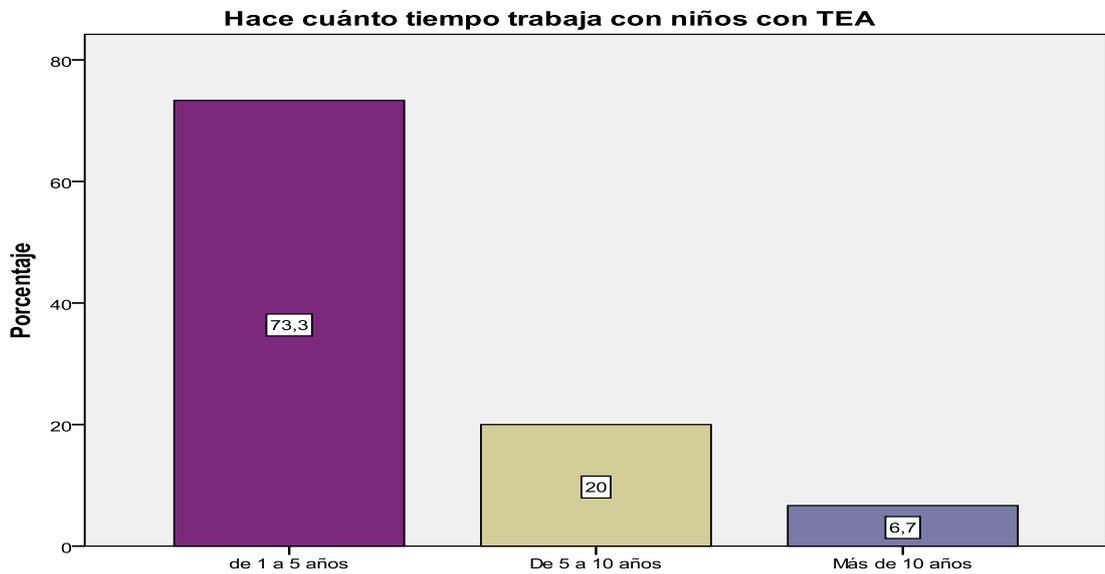
En el Gráfico 2 se observa que 8 son psicólogos (53,3%), 4 son psiquiatras (26,7) y 3 son psicopedagogos (20%), Destacándose la psicología en el trabajo con personas con TEA.

Tabla 18: Distribución de la muestra por años de experiencia

Hace cuánto tiempo trabaja con niños con TEA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos de 1 a 5 años	11	73,3	73,3	73,3
De 5 a 10 años	3	20,0	20,0	93,3
Más de 10 años	1	6,7	6,7	100,0
Total	15	100,0	100,0	

Gráfico 3: Distribución de la muestra según años de experiencia



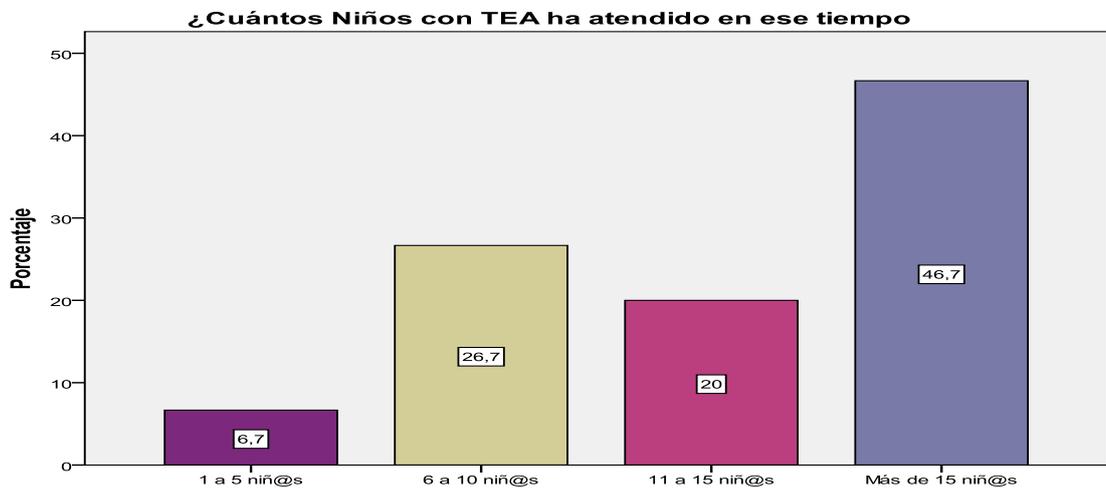
Como puede observarse en el Gráfico 4 una amplia mayoría de los profesionales trabaja en el campo el autismo no más de 5 años 73.3%, los que ejercen la profesión entre 5 y 10 años representan el 20% y solo un profesional tiene más de 10 años de experiencia. Esto podría estar relacionado con varios factores, uno de ellos es el acceso a la información por parte de los usuarios sobre las necesidades terapéuticas de los niños con TEA ya que años atrás estos niños eran atendidos individualmente en consultorios o a domicilio; otro factor que explicaría este fenómeno es que los centros que atienden a esta población son relativamente nuevos, en su mayoría no más de 5 años, finalmente porque las instituciones de educación superior han ampliado su malla curricular para atender a la creciente y diversa población cruceña.

Tabla 19: Distribución de la muestra por cantidad de casos atendidos

¿Cuántos Niños con TEA ha atendido en ese tiempo?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 1 a 5 niñ@s	1	6,7	6,7	6,7
6 a 10 niñ@s	4	26,7	26,7	33,3
11 a 15 niñ@s	3	20,0	20,0	53,3
Más de 15 niñ@s	7	46,7	46,7	100,0
Total	15	100,0	100,0	

Gráfico 5: Distribución de la muestra por cantidad de pacientes atendidos

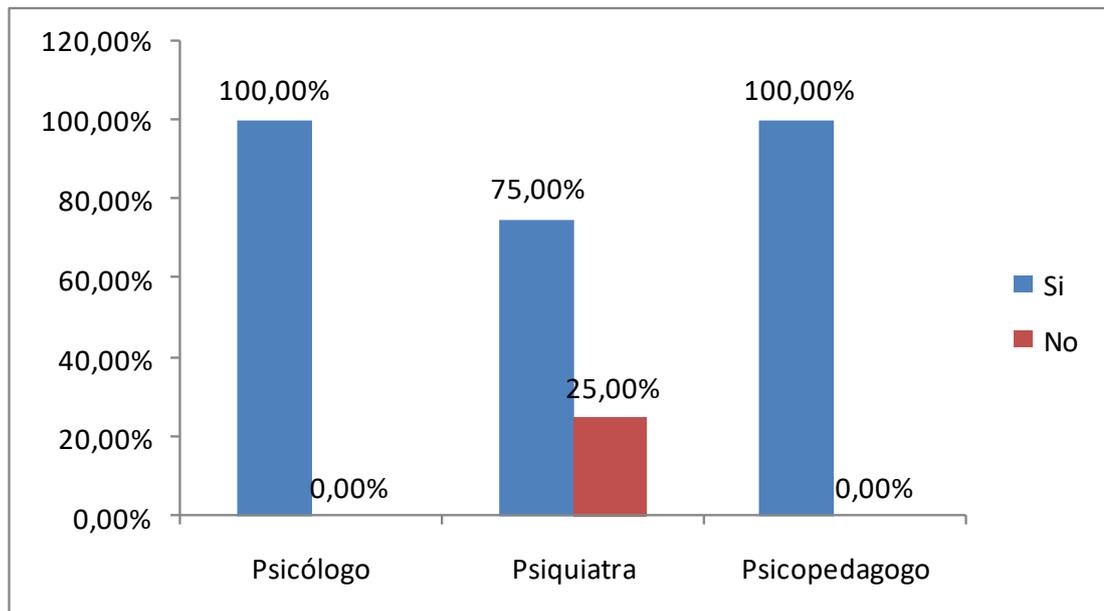


En relación al número de niños atendidos, Gráfico 6 se puede observar 46,7% ha atendido más de 15 niños, el 20,7% ha atendido entre 11 y 15 niños, muy cerca del 26,7% y solo una persona ha trabajado con menos de 5 usuarios. Estos datos ponen en evidencia el tipo de intervenciones terapéuticas que se recomiendan para los grupos TEA, es decir atención intensiva y en modalidad uno a uno. Si se analiza que este tipo de trastorno requiere más de un profesional para llevar a cabo su programa terapéutico, las cifras son preocupantes desde la perspectiva de los padres que tienen que cubrir los costos, pero son alentadoras para los profesionales porque significa la posibilidad de ampliarse las fuentes de empleo.

Tabla 20: Uso de terapia Conductual según la profesión

Profesión	Intervenciones conductuales			
	Si Nº	%	No Nº	%
Psicólogo	8	100,00%	0	0,00%
Psiquiatra	3	75,00%	1	25,00%
Psicopedagogo	3	100,00%	0	0,00%

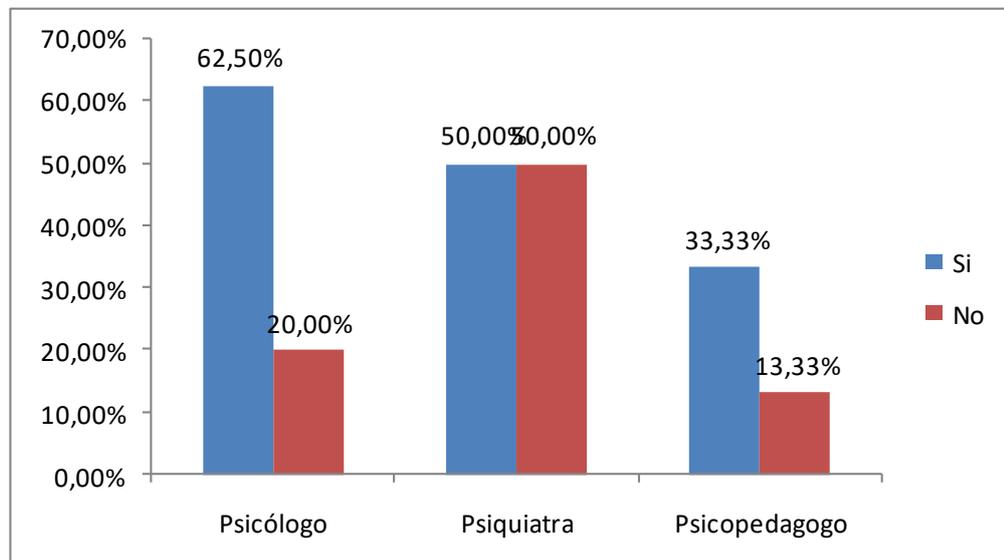
Gráfico 7: Uso de Terapia Conductual según la profesión



El hecho de que el 100% de psicólogos y psicopedagogos utilicen la terapia conductual para atender a los TEA es congruente con los resultados de la revisión bibliográfica que afirma de manera contundente que esta modalidad terapéutica es la que mayor evidencia científica ha demostrado. Sin embargo, llama la atención que el 75% de los psiquiatras utilicen este tipo de terapias porque este tipo de intervención no se aplica en la consulta privada

Tabla 21: Uso de la Terapia de Integración Sensorial por profesión

Integración Sensorial				
Profesión	Si		No	
	Nº	%	Nº	%
Psicólogo	5	62,50%	3	37,50%
Psiquiatra	2	50,00%	2	50,00%
Psicopedagogo	1	33,33%	2	66,67%

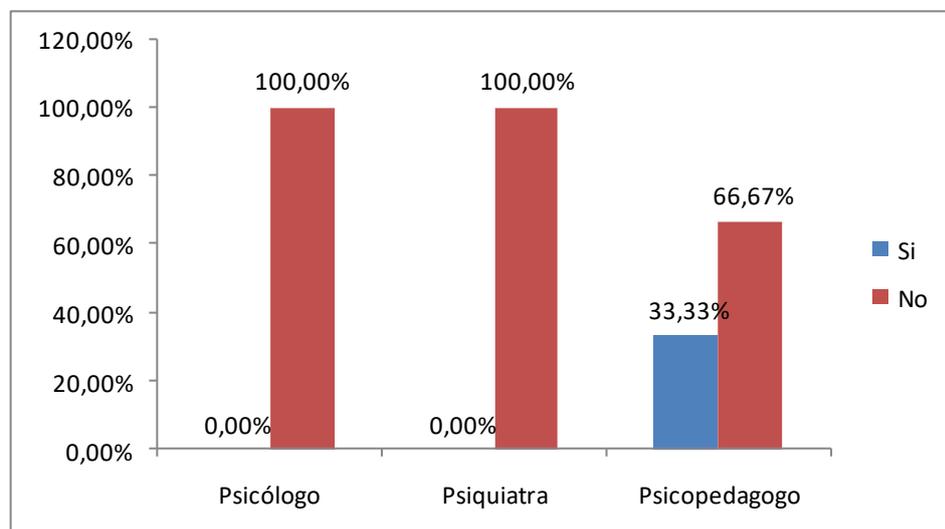
Gráfico 8: Uso de la Terapia de Integración Sensorial por profesión

El 62,5% de psicólogos, el 50% de psiquiatras y el 33,33% de psicopedagogos utilizan la terapia ocupacional como herramienta de intervención en TEA, lo que significa que 8 de 15 consultados. Los datos expresados en el resultan muy interesantes en la medida en que esta terapia ha sido desarrollada por y para terapeutas ocupacionales. Si en Santa Cruz de la Sierra, los profesionales, que no obedecen a ese rubro la aplican, habrá que preguntarse cuál es el nivel de calificación para ello.

Tabla 22: Uso de terapia expresiva según profesión

Profesión	Si		No	
	Nº	%	Nº	%
Psicólogo	0	0,00%	8	100,00%
Psiquiatra	0	0,00%	4	100,00%
Psicopedagogo	1	33,33%	2	66,67%

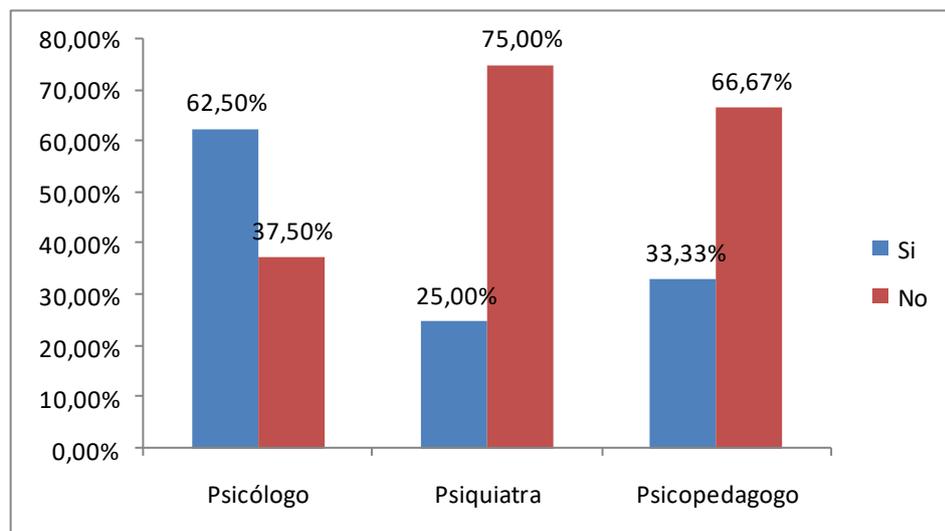
Gráfico 9: Uso de terapias expresivas según profesión



Otro dato interesante es el que se consigna en Gráfico 10 donde se observa que solo un profesional aplica las artes expresivas, es decir que el 33.3% de psicopedagogos.

Tabla 23: Uso de Promoción por competencias sociales según profesión

Promoción de Competencias Sociales				
Profesión	Si		No	
	Nº	%	Nº	%
Psicólogo	5	62,50%	3	37,50%
Psiquiatra	1	25,00%	3	75,00%
Psicopedagogo	1	33,33%	2	66,67%

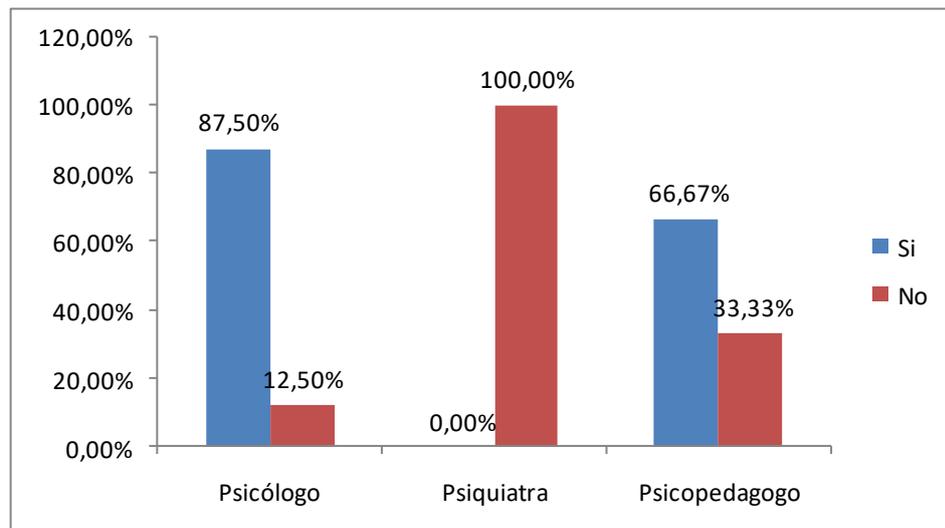
Gráfico 11: Uso de Promoción por Competencias Sociales según profesión

En el Gráfico 12 se observa que, en todas las profesiones, se utiliza la promoción de competencias sociales que corresponde a un nivel de evidencia 3, es decir que está recomendada a pesar de tener evidencia débil.

El 62,5 de los psicólogos la utiliza, el 33,33% de psicopedagogos también y el 25% de los psiquiatras, evidenciándose que esta técnica es eminentemente del campo de la psicología en los TEA.

Tabla 24: Uso de sistema Teacch según profesión

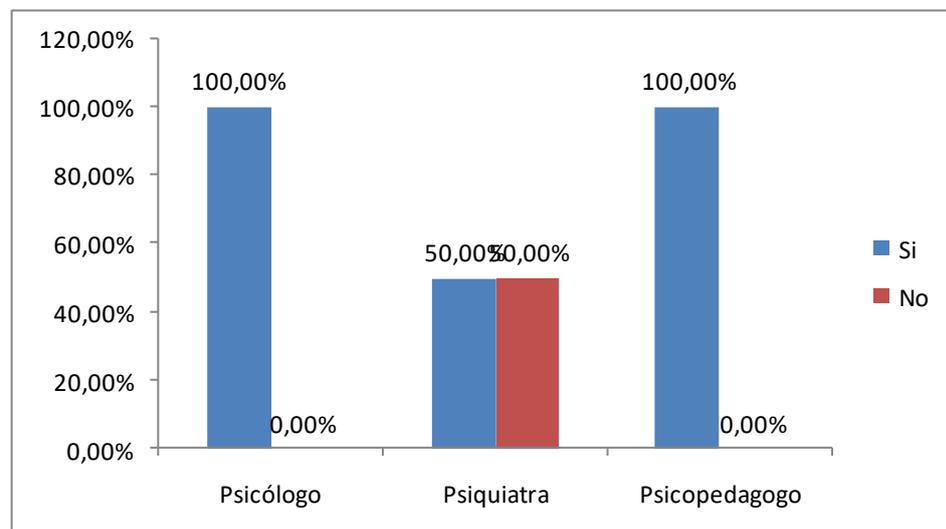
Profesión	Si		No	
	Nº	%	Nº	%
Psicólogo	7	87,50%	1	12,50%
Psiquiatra	0	0,00%	4	100,00%
Psicopedagogo	2	66,67%	1	33,33%

Gráfico 13: Usa Sistema Teacch según profesión

El sistema Teacch (nivel de evidencia 3), es un programa asociado a la terapia cognitivo-conductual y es probablemente la causa por la que es usada en mayor porcentaje por psicólogos 87.50%, seguido por psicopedagogos. Ninguno de los psiquiatras la utiliza en la intervención con TEA, probablemente porque este programa se aplica fundamentalmente en el aprendizaje escolar. Gráfico 14

Tabla 25: Usa Terapia Cognitivo Conductual por profesión

Profesión	Si		No	
	Nº	%	Nº	%
Psicólogo	8	100,00%	0	0,00%
Psiquiatra	2	50,00%	2	50,00%
Psicopedagogo	3	100,00%	0	0,00%

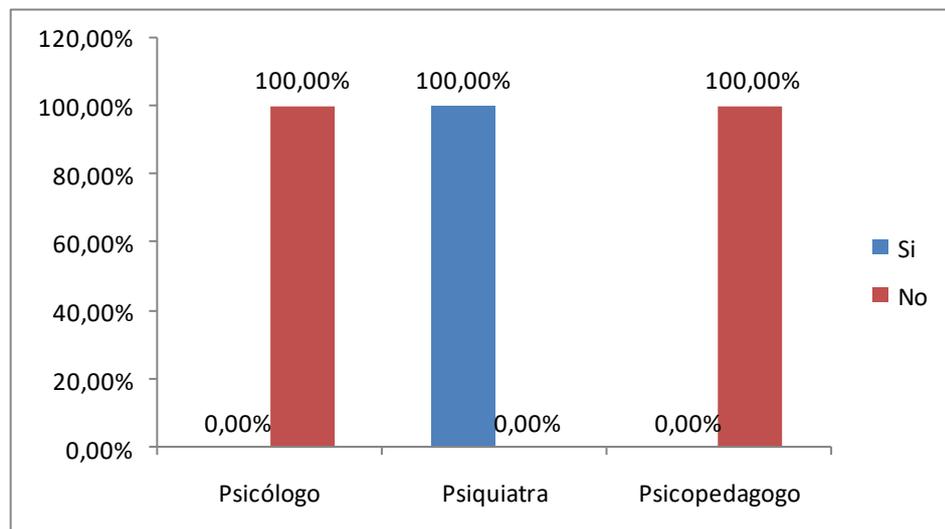
Gráfico 15: Usa Terapia Cognitivo Conductual por Profesión

En el Gráfico 16 se observa que esta es la intervención terapéutica más utilizada, 100% de psicólogos y psicopedagogos y 50% de psiquiatras. La Terapia Cognitivo conductual, según la bibliografía consultada es aplicada a los trastornos ansiosos asociados y como complemento para el desarrollo de habilidades sociales y de lenguaje.

Tabla 26: Uso de Farmacoterapia

Profesión	Si		No	
	Nº	%	Nº	%
Psicólogo	0	0,00%	8	100,00%
Psiquiatra	4	100,00%	0	0,00%
Psicopedagogo	0	0,00%	3	100,00%

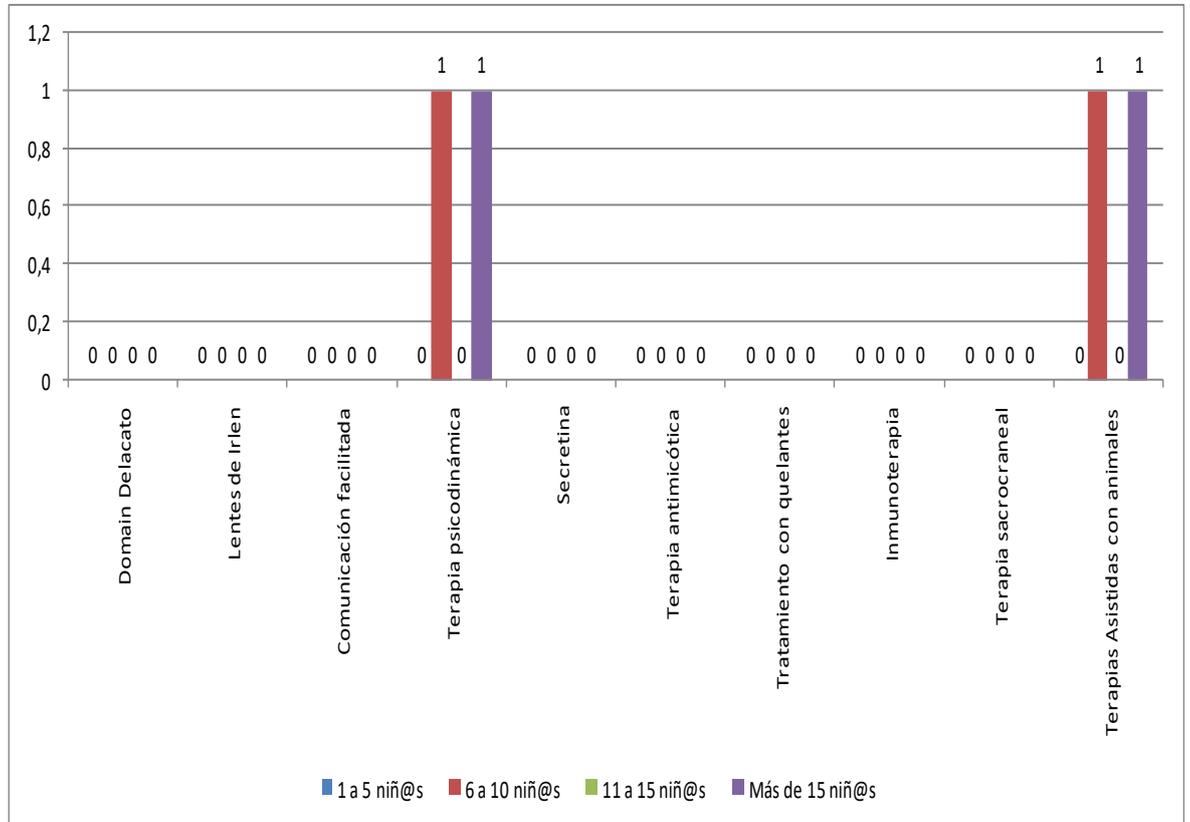
Gráfico 17: Uso de Farmacoterapia



La farmacoterapia es de uso exclusivo de la medicina, por lo cual esta intervención es de aplicabilidad para los psiquiatras quienes en un 100% la utilizan. En este caso se consultó únicamente por la risperidona ya que posee alto nivel de evidencia científica. Las fuentes bibliográficas consultadas sugieren su uso únicamente en pacientes con severas desorganizaciones conductuales y autoagresiones. Gráfico 18

NIVEL 1: SIN EVIDENCIA Y NO RECOMENDADOS

Gráfico 19: Uso de Terapias de Nivel 1 por Número de Niños Atendidos

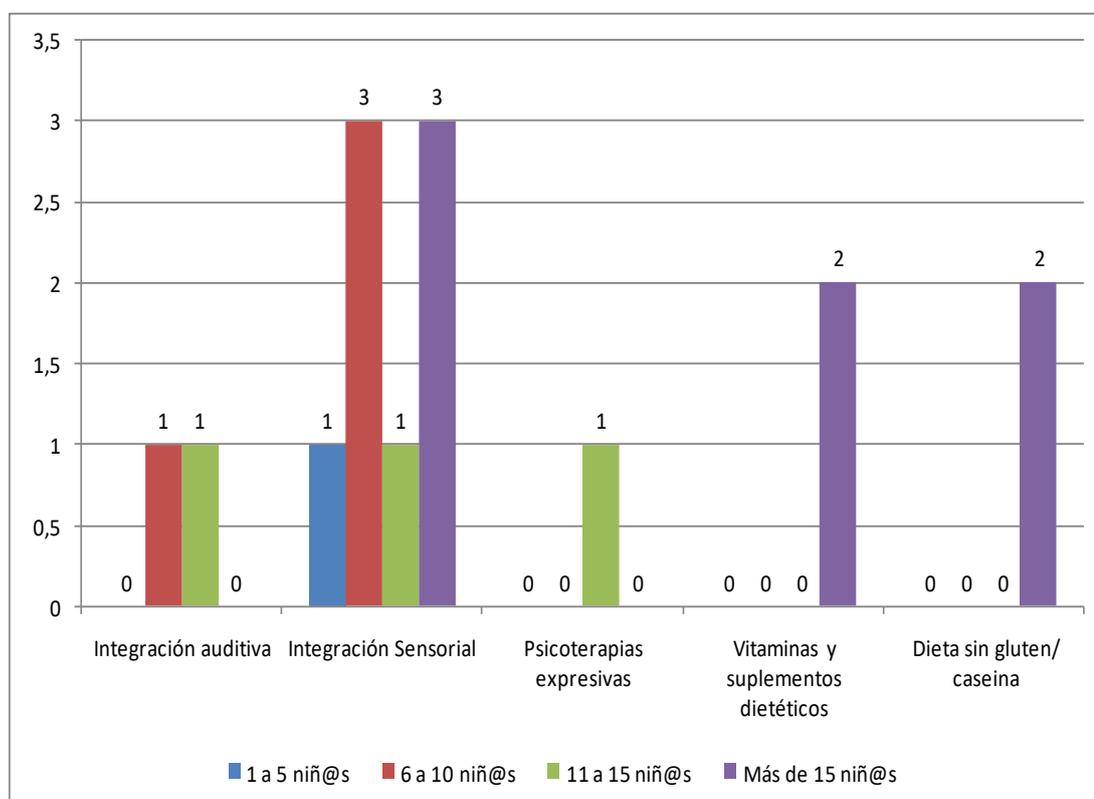


Si se cruzan las variables de experiencia demostrada por el número de pacientes atendidos con el uso de terapias no recomendadas, surge que 4 profesionales utilizan terapias de este nivel con experiencia de haber atendido a más de seis niños Gráfico 20

NIVEL 2: CON EVIDENCIA DÉBIL Y SOLO RECOMENDADA EN ESTUDIOS EXPERIMENTALES

# de Niño	Integración auditiva	Integración Sensorial	Psicoterapias expresivas	Vitaminas y suplementos dietéticos	Dieta sin gluten/ caseína	Totales
1 a 5 niñ@s	0	1	0	0	0	1
6 a 10 niñ@s	1	3	0	0	0	4
11 a 15 niñ@s	1	1	1	0	0	3
Más de 15 niñ@s	0	3	0	2	2	7
Totales	2	8	1	2	2	15

Gráfico 21: Uso de Terapias de Nivel 2 por Número de Pacientes Atendidos



Los datos del Gráfico 22 la nos permiten conocer que los profesionales con más experiencia son los utilizan mayor variedad de intervenciones terapéuticas de nivel 2 que, aunque tienen evidencia débil se utilizan por el criterio clínico y de manera experimental con el conocimiento que no hace daño y que en algunos casos se ha observado beneficios. Se observa que los que atienden más niños

utilizan 3 tipos de terapias diferentes, Según certifican las guías internacionales, ninguna de estas intervenciones involucra riesgo para el paciente. Como ya se había mencionado con anterioridad, la terapia de integración sensorial es la que se utiliza con preferencia.

NIVEL 3: EVIDENCIA DÉBIL, AUNQUE RECOMENDADA

# de Niño	Promoción de competencias sociales	Sistemas alternativos y aumentativos de comunicación	Sistemas Teacch	Terapia cognitivo-conductual	IRS en adultos con TEA	Estimulantes en TEA+TDA-H	Totales
1 a 5 niñ@s	1	1	1	1	0	0	4
6 a 10 niñ@s	3	3	3	4	0	0	13
11 a 15 niñ@s	1	2	2	3	0	0	8
Más de 15 niñ@s	2	5	3	5	1	1	17
Totales	7	11	9	13	1	1	42

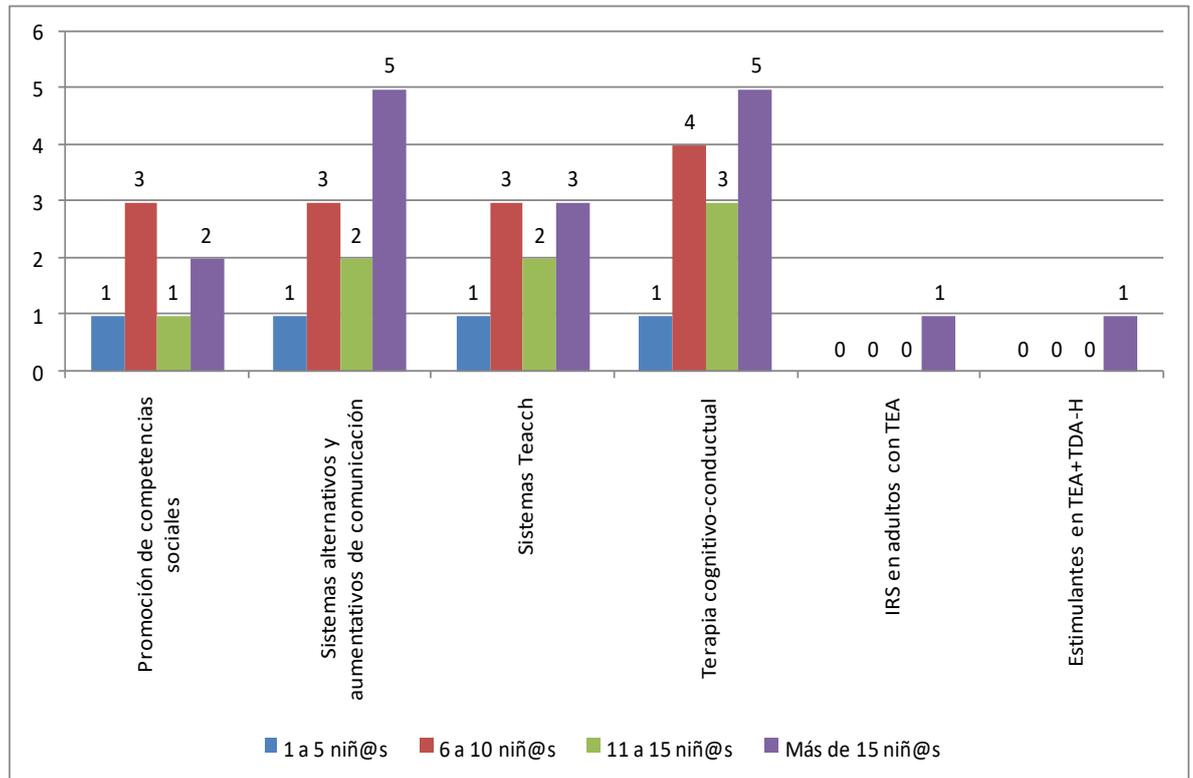


Gráfico 23: Uso de Terapias de Nivel 3 por Número de Pacientes Atendidos

Cuando se analizan los datos del Gráfico 24 se puede ver que los terapeutas consultados utilizan con frecuencia las terapias del Nivel 3, en especial aquellos que han atendido a mayor número de niños. De esas terapias, tienen mayor

preferencia los sistemas aumentativos y alternativos de comunicación SAAC's y las intervenciones cognitivo conductuales.

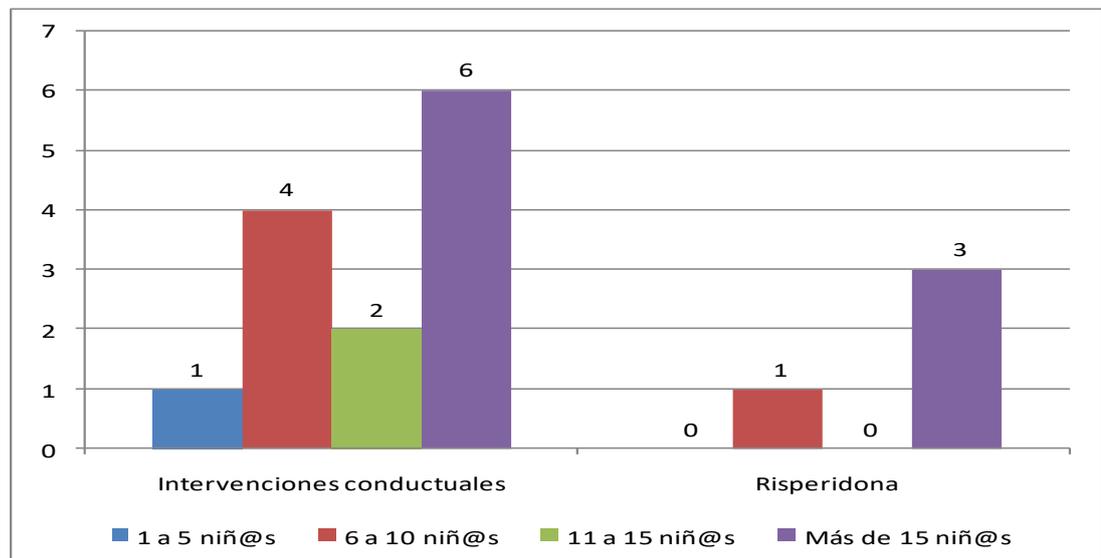
Estos datos también se explican porque solo los psiquiatras podrían medicar estimulantes o inhibidores de la recaptación de serotonina. En este sentido, solo una profesional respondió utilizar un solo tipo de abordaje terapéutico

Como se puede observar en el Gráfico 25 en Santa Cruz de la Sierra, los profesionales que atienden a niños con TEA, utilizan en su gran mayoría las terapias que gozan de evidencia. 13 de los 15 encuestados utilizan terapia conductual y los 4 psiquiatras utilizan risperidona en sus intervenciones clínicas.

NIVEL 4: EVIDENCIA CON EFICACIA Y RECOMENDADA

# de Niño	Intervenciones conductuales	Risperidona	Totales
1 a 5 niñ@s	1	0	1
6 a 10 niñ@s	4	1	5
11 a 15 niñ@s	2	0	2
Más de 15 niñ@s	6	3	9
Totales	13	4	17

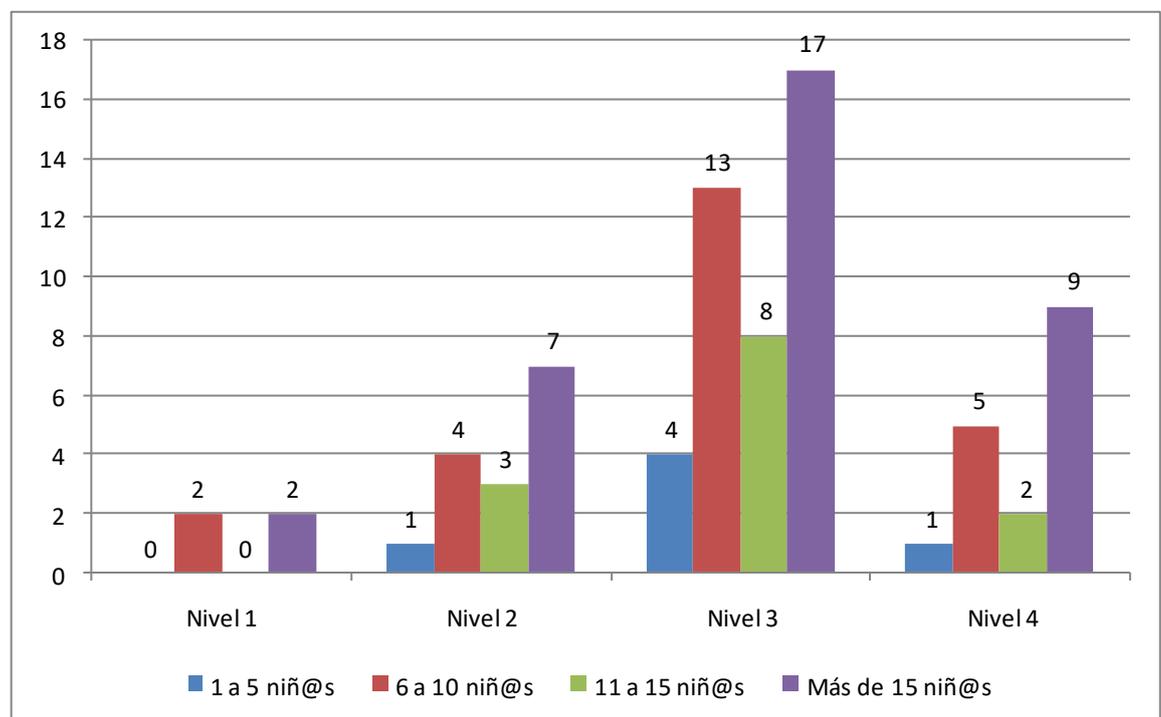
Gráfico 26: Uso de Terapias de Nivel 4 por número de pacientes atendidos



CUADRO COMPARATIVO DE FRECUENCIA DE USO SEGÚN # DE NIÑOS ATENDIDOS EN LOS 4 NIVELES

# de Niño	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Totales
1 a 5 niñ@s	0	1	4	1	6
6 a 10 niñ@s	2	4	13	5	24
11 a 15 niñ@s	0	3	8	2	13
Más de 15 niñ@s	2	7	17	9	35
Totales	4	15	42	17	78

Gráfico 27: Comparación de las terapias utilizadas por nivel y número de niños atendidos



Los datos del Gráfico 28 muestran que los terapeutas consultados en Santa Cruz de la Sierra, utilizan variedad de intervenciones terapéuticas de Nivel 3, y mayor número de veces y que los niños reciben más terapias de este nivel. Éste también representa que la práctica profesional está enmarcada dentro de la terapia basada en evidencia para la atención de este sector de la población.

El dato más interesante observado en este gráfico, es cómo los nuevos terapeutas (por lo general los que atienden menos niños), ubican su práctica profesional en los niveles más altos, probablemente porque tienen formación especializada o mayor acceso a la información.

2.5. CONCLUSIONES

Según los datos obtenidos y en relación a los objetivos planteados se puede concluir que existen cuatro niveles de evidencia en los que se clasifican las terapias aplicadas en personas con TEA y que los resultados de las clasificaciones son muy parecidos y establecen únicamente a la Terapia conductual y a la intervención farmacológica con risperidona y Aripiprazol se ubican en el nivel 4 que consigna evidencia demostrada y recomendable.

Otra conclusión a la que se llega es que el grupo de profesionales encuestados, utiliza preferentemente la terapia conductual y en algunos casos de manera exclusiva, lo que significa que su intervención terapéutica está basada en evidencia.

El análisis de la práctica informada por los expertos concluye que en su gran mayoría se utilizan intervenciones de nivel 3 y 4. y que el resto de las intervenciones son aisladas.

Un dato interesante que reflejan los resultados es que la mayoría de los psiquiatras no se limita a la farmacoterapia, sino que realiza intervenciones terapéuticas con terapias de nivel 2 y 3

Otra conclusión que se obtiene es que la gran mayoría de profesionales tiene menos de 10 años de experiencia y ya ha atendido casi 10 niños, esto resulta interesante porque la terapia que emplean es uno a uno y de tres horas diarias.

Se observa que existe una gran preferencia por la terapia de integración multisensorial, lo que evidencia el amplio crecimiento de esta práctica, sin embargo, llama la atención que esta terapia ha sido diseñada por Terapeutas ocupacionales y para el trabajo exclusivo de ellos y sin embargo en Santa Cruz de la Sierram psicólogos, psicopedagogos y psiquiatras la firman que la aplican o la han aplicado.

De las terapias de nivel 1 que no son recomendadas, dos psiquiatra y dos psicólogos las han utilizado, las de orientación psicodinámica y la terapia asistida por animales,

Es muy importante que a mayor número años de ejercicio y de paciente atendidos, los profesionales utilizan mayor variedad terapéutica., así como talos profesionales jóvenes tienden a elegir terapias de mayor nivel de evidencia.

Por este motivo, en la propuesta se ha decidido incluir la terapia de integración multisensorial que está en fase de estudios experimentales al igual que la musicoterapia que se la consigna dentro de las terapias expresivas y que no han demostrado ser perjudiciales para los niños, es más pasan un buen rato y se sienten felices lo que ya es ganancia

2.6. PSICOTERAPIA INTEGRATIVA PARA NIÑOS DE 4 A 12 AÑOS CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA: UNA PROPUESTA DESDE EL MODELO INTEGRATIVO SUPRAPARADIGMÁTICO

El Modelo Integrativo Supraparadigmático, para superar el “*Alliganceeffect*”, propone como un desafío permanente al psicoterapeuta el identificar, rescatar y recontextualizar la teoría válida en psicoterapia, así como también identificar, rescatar y utilizar clínicamente toda fuerza de cambio válida para responder a la demanda del paciente (Opazo, 2001).

Recogiendo las enseñanzas del maestro experto, esta propuesta tiene como objetivo central proporcionar una guía terapéutica de intervención a un equipo terapéutico integral que atienda a niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA), para lograr resultados positivos a corto, mediano y largo plazo tanto para el niño como para su familia y ambiente escolar. De manera que el trabajo conjunto repercuta en la calidad de vida del sistema familiar con vistas a la integración plena en la sociedad que por derecho le pertenece al paciente.

La propuesta busca optimizar los recursos terapéuticos mediante objetivos específicos, *claros, motivantes y alcanzables, que ejerzan el rol de Norte orientador y que contribuyan a disminuir las resistencias del niño y la familia*(Opazo, 2001).En general se busca alcanzar los objetivos terapéuticos del paciente que en este caso se constituyen en el niño y su familia y por la naturaleza de los TEA, se proporcionan objetivos terapéuticos por paradigma

para flexibilizar el proceso e iniciar de acuerdo a los resultados de la evaluación inicial.

Si bien cada niño con TEA es distinto a otro, para la presente propuesta se recopilaron las necesidades generales que surgen de la sintomatología detallada en el DSM IV TR y en las doce dimensiones en las que se expresa el TEA según el inventario IDEA de Ángel Riviere (1997). Este último, al margen de establecer al inicio y dentro del proceso diagnóstico, la severidad de los rasgos autistas que presenta el niño ayuda a formular los objetivos de intervención.

Al tener cubiertas la mayoría de las necesidades de cambio en un solo documento, fruto de tres elementos claves, a saber, de la revisión y sistematización del conocimiento válido en autismo de los últimos 15 años; del uso por parte de la investigadora de la **“verdad biológica”**⁴ (Opazo, 1992) y de la experiencia clínica de la investigadora, se garantiza mayor alcance, más precisión, optimización de recursos terapéuticos, humanos y de conocimiento.

Con esta información detallada, el experto que realizará la intervención, integrará a lo anterior el motivo de consulta particular de cada caso y analizará cuales de las necesidades explicitadas se aplican a su paciente particular y elaborará un programa específico para cada niño siguiendo los lineamientos generales expresados y que se basan como indica la psicoterapia Integrativa en el conocimiento válido existente hasta la fecha de publicación.

En el entendido de que el paciente (niño-familia) necesita conocer *y comprender los fundamentos del proceso para aumentar la motivación y desarrollar las opciones de colaboración activa, se inicia el proceso terapéutico con la fase didáctica* (Opazo, 2001) para mostrar a la familia la “rationale” o fundamento conceptual del proceso, para mostrar también las fortalezas y debilidades del niño y de la familia y para explicar hasta qué punto se pueden esperar cambios y cuáles serían los aportes de la familia en estos cambios.

⁴ “el compartir características biológicas de la especie implica compartir mecanismos de satisfacción/frustración o de placer/dolor, que aportan pautas utilizables para personas muy diferentes” (Opazo, 2001” Pág. 22.

A continuación, se detallan por paradigmas los objetivos terapéuticos, los principios de influencia que se considerarán, los conceptos movilizados recomendables según esta propuesta y las técnicas sugeridas para implementar en niños con TEA.

Para sugerir técnicas terapéuticas se tendrán en cuenta los resultados de las encuestas a los profesionales expertos en el medio y de las técnicas explicadas en el marco teórico que correspondan al **nivel de evidencia 3 y 4** con preferencia y del **nivel 2** como técnicas de apoyo y dejando al profesional el criterio de su aplicabilidad en función de la evaluación diagnóstica.

2.7. PARADIGMA BIOLÓGICO

El Dr. Roberto Opazo (2001) explica que este paradigma propone que *ciertas características específicas genéticas, endócrinas, neuroanatómicas o neurofisiológicas pueden influir en la génesis de cogniciones, emociones o conductas específicas.*

2.7.1. Objetivos terapéuticos

- Reducir la agresión, hiperactividad, autolesión y el sufrimiento emocional, aplicando terapia farmacológica en interconsulta con psiquiatría infantil.
- Regular el procesamiento sensorial para coadyuvar la relación del niño con los objetos, las personas y los ambientes.

Para el cumplimiento de estos objetivos, se utilizarán fuerzas de cambio diseñadas por el **Enfoque Integrativo Supraparadigmático**

2.8. FUERZAS DE CAMBIO DESDE EL PARADIGMA BIOLÓGICO

El TEA al ser un trastorno del neurodesarrollo de origen neurobiológico, se manifiesta con alteraciones importante de la conducta, de las cogniciones, de las

emociones y de la interacción social. Siguiendo en esta línea, el **principio de influencia** que se aplica de manera preferente para la intervención terapéutica de niños con TEA sería: *“La ingesta de ciertos fármacos específicos influye aumentando la probabilidad de ciertos afectos, cogniciones o conductas específicas”* (Opazo R., Bagladi V., 2011)ⁱ.

Ahora bien y en el ámbito de lo biológico, se ha encontrado una alta comorbilidad entre TEA y el Trastorno de Procesamiento Sensorial que supone un costo alto a nivel emocional y social para el niño. Por ello, y siguiendo los lineamientos del Modelo Integrativo Supraparadigmático se puede proponer un nuevo principio de influencia: *La regulación del procesamiento sensorial en niños con TEA influye aumentando la probabilidad de relajación en situaciones sociales.*

Los principios de influencia apuntan hacia la génesis de las dificultades y en psicoterapia se tiene que pasar de la teoría a la práctica, por lo cual es menester proponer los objetivos terapéuticos a desarrollar desde el paradigma biológico:

Para cumplir con los objetivos propuestos, el EIS propone generar nuevas fuerzas de cambio específicas llamadas **conceptos movilizadores** y que son de gran utilidad para movilizar y generar cambios en el paciente.

Un concepto movilizador de cambio de gran importancia para las personas afectadas con este trastorno es el de **la significación biológica** ya que, desde la biología para cada persona, en especial para los niños con TEA, los estímulos sensoriales adquieren una significación diferente a la otorgada por niños normativos. Esto quiere decir, que cada niño con TEA, según estudios, traduce de una manera muy particular las experiencias sensoriales. En algunos casos reaccionando con respuestas exacerbadas (hiperreactividad) y en otros con reacciones casi imperceptibles o nulas (hiporreactividad). Esto hace que sea común observar niños con autismo que rechazan ciertos estímulos sensoriales, negándose a experimentar por ejemplo nuevas texturas y con ello surgen nuevas dificultades como ser rechazo a cambiar de ropa o negativa a utilizar ciertos materiales escolares como la plastilina y la pintura al dedo.

Sin embargo, si el niño descubre que una conducta determinada le genera consecuencias positivas, como ser luces divertidas en un juguete sensorial cada vez que lo toca, irá significando la experiencia paulatinamente de manera diferente hasta integrar y procesar estos estímulos de manera coherente e incorporarlos adaptativamente en su cotidiano vivir. Esto lo motivará a continuar experimentando diferentes texturas, bajando o disminuyendo su umbral sensorial, según sea hipo o hiperreactivo.

A pesar de estar trabajando en el paradigma biológico, se propone otro concepto movilizador para ser empleado con los padres, con la finalidad de vencer las fuerzas de resistencia al cambio. Empleando la motivación cognitiva se puede modificar esquemas cognitivos rígidos vinculados al rechazo de la medicación o a la necesidad de cambiar en casa ciertas prácticas que involucran información sensorial. Al explicarle y/o demostrarles a los padres el déficit en la integración multisensorial genera aislamiento y desorganización conductual y que los beneficios de la farmacoterapia sobre el comportamiento adaptativo son superiores que los efectos secundarios; ellos se podrán adherir aún más a la terapia y ser consistentes con los objetivos terapéuticos planteados iniciando la interconsulta con psiquiatría y/o aplicando en casa una dieta sensorial para su hijo.

Este mismo concepto movilizador coadyuvará a la aceptación de la terapia farmacológica que muchos padres evitan por miedos o preconceptos hacia los psicofármacos. Es así que, al observar los cambios en el comportamiento de su hijo, se adherirán a la terapia y se motivarán en darle continuidad.

2.8.1. Técnicas sugeridas para lograr los objetivos terapéuticos

- **Terapia farmacológica:** Como se observará en los resultados de las encuestas y acorde a las sugerencias de las guías internacionales, se recomienda interconsulta con psiquiatría para iniciar, si corresponde, farmacoterapia. Con preferencia en dos medicamentos antipsicóticos, con efectos científicamente comprobados: risperidona y aripiprazol (nivel

de evidencia 4). Solo recomendado para niños con síntomas graves o síntomas que pueden aumentar el riesgo de que se lastimen. **Nivel de evidencia 4**

- **Terapia de integración sensorial** combinada con uso de entrenamiento en habilidades discretas (fragmentación de la conducta objetivo) asociada a refuerzo primario (inicialmente continuo y posteriormente intermitente) y retroalimentación informativa y diferencial. Nivel 2 de evidencia.

Esta terapia goza de la preferencia de la mayoría de los profesionales consultados, y como se encuentra en fase de recolección de investigación para probar su efectividad, se la recomienda utilizarla en co-terapia con el psicoterapeuta.

- **Fases didácticas** para los padres: psicoeducación orientada al manejo de la farmacoterapia, la implementación de rutinas para regular el ciclo sueño-vigilia (acompañada de organizador visual de actividades diarias) y la aplicación de la dieta sensorial.

El trabajo con los padres, se encuentra ampliamente recomendado por todas las guías consultadas.

2.9. PARADIGMA AMBIENTAL CONDUCTUAL

Este paradigma *“postula que ciertas características ambientales específicas, pueden influir en la génesis de específicas cogniciones, afectos y conductas (los cuales pueden ser más o menos “desajustados”)*” (Opazo R. , 2001)

Desde el paradigma ambiental-conductual se plantean objetivos terapéuticos que deberán ser implementados por el profesional atendiendo a variables de edad, psicodiagnóstico integral inicial, nivel de severidad, aproximaciones terapéuticas previas y a las variables inespecíficas del paciente (niño-padres) como ser la morfoestasis que ancla a las familia en círculos conductuales infructuosos, desgastantes y agobiantes como se grafica en Ilustración 3.

Ilustración 3
Círculos Conductuales Infructuosos



Fuente: Elaboración propia

2.10. Objetivos terapéuticos para el Paradigma Ambiental-Conductual

- Disminuir las conductas disruptivas (si existieran)
- Incrementar el número de interacciones positivas entre el niño y los elementos de su ambiente (objetos, personas). Para niños que inician y no cuentan con atención conjunta. Para niños mayores incrementar como elemento de su ambiente las situaciones sociales.
- Crear un repertorio conductual básico preparatorio para intercambios sociales y para el aprendizaje escolar. (únicamente para niños pequeños que inician la terapia)
- Ampliar el repertorio conductual (para niños que cuentan con repertorios limitados)
- Realizar control ambiental como forma de prevención de recaídas y surgimiento de nuevas conductas interferentes con el aprendizaje

- Generalizar los avances hacia contextos naturales mediante el entrenamiento a padres en habilidades de manejo conductual básicas

Para el cumplimiento de estos objetivos, se utilizarán fuerzas de cambio diseñadas por el **Enfoque Integrativo Supraparadigmático**

2.11. Fuerzas de Cambio desde el Paradigma Ambiental – Conductual

En los trastornos del espectro autista, el ambiente juega un papel primordial. El niño por su imposibilidad de pedir lo que desea, no obtiene respuesta positiva de su entorno y por lo tanto expresa su protesta mediante comportamientos disruptivos (gritos, berrinches, agresiones, etc.) y los padres, faltos de conocimiento procuran cumplir todas sus demandas para evitar lo que ellos interpretan como sufrimiento emocional, reforzando de este modo dichas conductas.

Es en este punto que el MIS propone de manera acertadísima el siguiente **principio de influencia**: “*El ambiente que responde en forma contingente a las conductas influye aumentando la probabilidad de bienestar psicológico en la persona*” (Opazo, 2001). Este principio tiene una doble interpretación, por un lado el ambiente adecuadamente estructurado brinda condiciones predecibles y facilita el aprendizaje de conductas adaptativas; lo contrario, supondría que está generando y reforzando conductas desadaptativas.

En la bibliografía revisada, se exponen las dificultades de los niños con TEA para interactuar con objetos, personas y ambientes sean estos conocidos o aún peor nuevos. Entonces, vale la pena aplicar en el proceso terapéutico el principio de influencia del MIS que establece que “*un repertorio conductual completo y variado influye aumentando la probabilidad de una mejor activación del ambiente (conducta pulsante)*”. Este principio de influencia apunta directamente al autoaislamiento del niño con TEA y a su vinculación con las conductas bizarras como generador de rechazo social en algunos ambientes. Es por ello que desde esta propuesta la ampliación del repertorio conductual se constituye en el hilo conductor de la psicoterapia.

Este repertorio conductual debe responder a las necesidades más prioritarias como son la comunicación, la interacción social, la flexibilidad cognitiva y la ampliación de intereses que son restringidos.

Un segundo principio de influencia de vital importancia en la psicoterapia de niños con TEA expresa: *“Un ambiente completo y variado influye aumentando la probabilidad de satisfacción de las necesidades de la persona, con el consiguiente bienestar psicológico (realización)”* (Opazo R. , 2001)

La Psicología del Desarrollo Humano, igualmente recomienda ambientes estimulantes, enriquecidos y con variedad de interacciones sociales para potenciar el desarrollo cognitivo y psicosocial de los niños (Papalia, Wendkos Olds, & Duskin Feldman, 2004). Sin embargo la necesidad de proporcionar a los niños con autismo ambientes estructurados, predictibles y contextos directivos de aprendizaje está ampliamente justificada y los requerimientos serán mayores cuanto más grave sea el TEA o más severo el retraso que lo acompaña. (Riviere A. , 2001)

Consecuente a las necesidades particulares de este segmento de la población, las técnicas especialmente diseñadas para su intervención terapéutica sugieren controlar las condiciones ambientales como una forma de incrementar su capacidad de predictibilidad, como prevención de conductas disruptivas y como forma de facilitar su aprendizaje. Para ello el uso de estrategias y apoyos visuales, controlando la calidad y cantidad de estímulos sensoriales y elaborando y organizando los materiales de manera que faciliten la tarea y proporcionen autonomía.

Complementando los principios de influencia y muy relacionado con el anterior, se tendrá en cuenta que para niños con TEA que *“Un ambiente carente de estímulos estresantes influye aumentando la probabilidad de bienestar psicológico (relax)”* (Opazo R. , 2001). Por lo tanto, la psicoterapia deberá incluir sesiones con la familia y se implementará estímulos discriminadores para el cambio de rutina que es por lo cual los niños tienen mayor dificultad para relajarse. Entre ellos está el uso de temporizadores que suenan cada

determinado tiempo, organizadores visuales portables que señalan lo que sigue, señales que emitan los padres como ser el sonar las llaves antes de salir, etc.).

2.11.1. Estrategias de cambio desde el Paradigma Ambiental – Conductual

Para el cumplimiento de los objetivos terapéuticos planteados inicialmente, se utilizarán **conceptos movilizadores** que aportarán fuerzas de cambio a la psicoterapia.

Como se había expresado anteriormente, el proporcionar al paciente un repertorio conductual más variado y adaptativo, mejorará su **Conducta pulsante** y se establecerá una retroalimentación positiva para el aprendizaje de otras conductas como interacción social, autocuidado, comunicación, atención y obediencia que son vitales para trabajar en el ámbito cognitivo, afectivo y sistémico.

Para lograr esto se requiere generar un **ambiente pato-distónico** generará una desarmonía con los comportamientos alterados o con la auto estimulación que es muy frecuente en los TEA , y gradualmente esta situación de conflicto impulsará a la familia a implementar en la casa los apoyos visuales que requiere su hijo para comunicarse, a crear rutinas de trabajo, a establecer límites claros en cuanto a la conducta y a orientar al niño hacia actividades productivas que interfieran también con los comportamientos alterados.

La terapia conductual, a juicio de los expertos debe aplicarse de manera intensiva de 10 a 40 horas semanales en sesiones de 2 a 3 horas diarias. Este tiempo terapéutico, al estar estructurado con precisión, proporciona un ambiente de estabilidad que genera confort al paciente, al contar con espacios lúdicos y de relajación le genera motivación y al proporcionar reforzamiento continuo le genera bienestar. Todo esto produce estabilidad emocional y promueve intercambios afectivos con otros niños que comparten el espacio. Por ello se promueve cambios estables en el comportamiento a través de la **inercia afectiva** ya que el disfrutar mejora el estado de ánimo y aumenta la resistencia al surgimiento de afectos negativos.

Se detallan a continuación las técnicas terapéuticas a emplearse en el ámbito del paradigma ambiental – conductual.

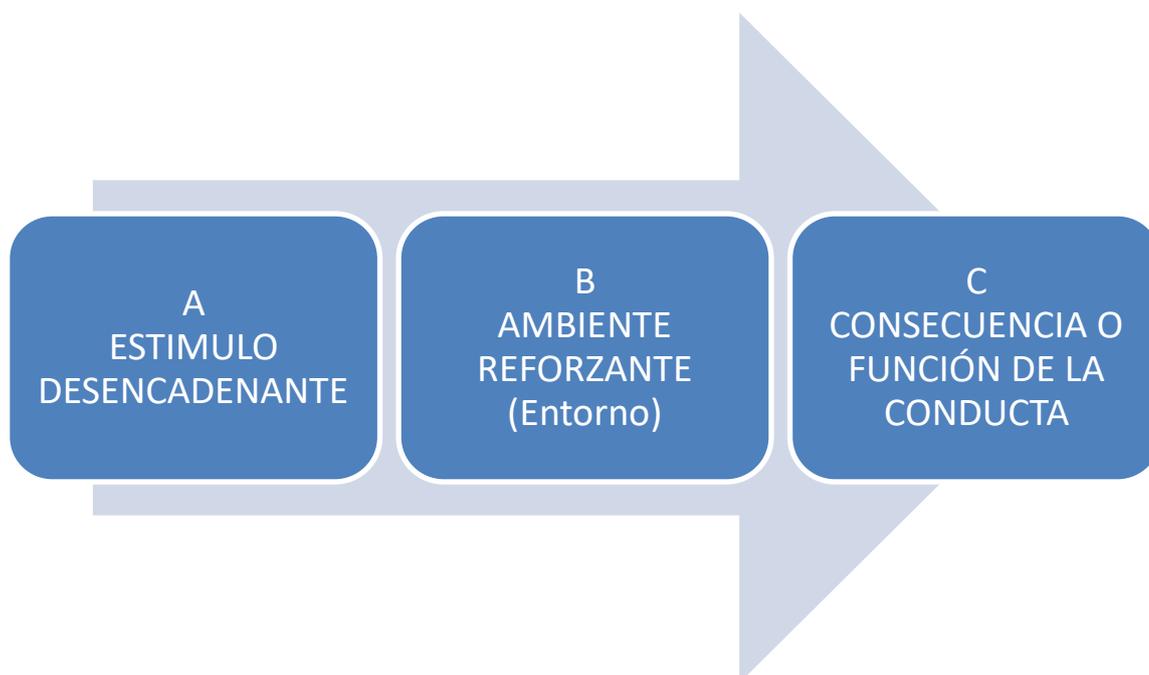
2.11.2. Técnicas terapéuticas sugeridas

Como se observó en el los resultados de la encuesta a expertos, la terapia conductual es la más ampliamente utilizada, lo cual concuerda con los datos internacionales, por ello desde el paradigma ambiental conductual se propone un esquema de intervención que tiene como eje central la terapia conductual, bajo el método **ABA**, del cual se desprenden técnicas como el entrenamiento en ensayos discretos (DTT), el entrenamiento en respuestas pivotaes (PRT) o básicas y la terapia de conducta verbal (VB) de Skinner.

Atendiendo a los resultados de las encuestas que evidencia a la **terapia conductual** como la terapia de preferencia para intervenir con TEA y en concordancia a las sugerencias de las guías internacionales que le dan nivel 4 de evidencia; en el marco de la presente propuesta se recomienda el siguiente esquema de intervención:

- Realizar un **análisis funcional de las conductas** (AF) disruptivas con la finalidad de definir el comportamiento en términos de conducta, estableciendo una hipótesis donde se reconocen: los estímulos ante los que aparece la conducta, el ambiente reforzante (entorno) y las consecuencias o la función que cumple esa conducta, es decir cuál es su objetivo, es decir, que consigue el niño con ella. Ilustración 4

Ilustración 4 Análisis funcional de la conducta



Fuente: Elaboración propia

Para llevar adelante este análisis es imprescindible seguir los siguientes pasos:

1. Realizar un Registro anecdótico durante la sesión y otra en la casa. (Se recomienda utilizar el formulario de registro anecdótico del ANEXOS 1)
2. Definir la conducta atendiendo a sus componentes A-B-C
3. Elaborar una línea base con un registro de frecuencia (tasa de respuesta) o de oportunidad.
4. Evaluación de la funcionalidad (para que sirven) y jerarquizar su importancia y prioridad de intervención siguiendo el siguiente los datos consignados en la Tabla 27
5. Disminuir la frecuencia de las conductas disruptivas (dos semanas exclusivas): Ponerlas bajo control instruccional rápidamente con trabajo exclusivo en este punto, con uso de varios reforzadores, de manera continua y 24 horas al día por lo cual se instruirá a los padres. Las 3 primeras sesiones únicamente utilizar refuerzo positivo con instrucción

verbal. Ej.: Para control de aleteo de manos se puede trabajar así, Terapeuta: “Pedro. Manos quietas” (instrucción verbal), reforzar con un pequeño pedazo de papa frita y retroalimentación positiva ¡bien... manos quietas! El esquema de reforzamiento sería cada 3 a 5 segundos inicialmente, con posibles descansos cortos cada 10 o 15 minutos. En los siguientes días incrementar corrección física (colocar ambas manos a los costados de los muslos) y aplicar interrupción de respuesta.

- En niveles superiores, se utilizar la técnica conductual RDI o **reforzamiento diferencial de conductas incompatibles** (nivel de evidencia 4).
- Tabla 3 Valoración de los tratamientos. Esto en la medida en que el programa está enfocado al aprendizaje de nuevas habilidades y al reforzar positivamente estas, se cumplen los principios de la extinción. Es importante continuar con el registro de conductas constantemente para evitar recaídas.

Tabla 27 Evaluación del nivel de severidad de una conducta

Nivel de severidad de las conductas
Conductas agresivas o auto agresivas, por las cuales el niño pone en riesgo su salud o la de los demás. En este mismo nivel se consideran aquellas conductas que por sus posibles consecuencias, también representen un riesgo, como sería el jugar con cuchillos o navajas.
Conductas que interfieran con la terapia, como es el aleteo de manos, sonidos con la boca, etc. puesto que no podrá darse reforzador al niño cuando acierte, pues se corre el riesgo de confundirlo.
Conductas que desencadenan algunas de las anteriores. En ocasiones, existen conductas no tan graves, pero a partir de ellas, el

niño se irrita o se pone rebelde. Un ejemplo de estas conductas es la auto estimulación.

Conductas inadecuadas no aceptadas socialmente para un mejor desenvolvimiento del niño en su entorno.

Fuente: Autismo Garza, J. 2008

- En base a los datos del análisis funcional, proceder a realizar el **control ambiental** (en lo posible) los estímulos ambientales que generan conductas disruptivas como ser: aislamiento de ruidos: muchos niños mejoran con el uso de audífonos con su música preferida en sus momentos de descanso, sin embargo, se debe considerar incrementar el umbral perceptual con las recomendaciones realizadas en el paradigma biológico.
- Elaborar e iniciar el programa de **habilidades preparatorias** que constituyen el repertorio básico que el niño requiere para su aprendizaje por área. Para ello emplear el **método ABA**. Cada habilidad se enseña en forma separada y cuando la domine (se considera que se dominó al tener 80% de aprovechamiento durante 3 sesiones continuas se le atribuye a la familia la función de generalización, es decir su aplicación en diferentes contextos.

Tabla 28 Lista de Habilidades preparatorias

<i>Atención:</i>
Mirar cuando se le ordene (mírame)
Voltear al decir su nombre
Mantenerse sentado :bien sentado
Mantenerse callado : boca cerrada
Poner manos y pies quietos
Voltear a ver objetos en el aire/en la mesa (mira esto)
<i>Instrucciones simples (una sola palabra):</i>
Párate
Siéntate
Ven
Dame
Recógelo
Tíralo
<i>Instrucciones compuestas(dos o más palabras):</i>
Prende/apaga la luz
Abre/cierra la puerta
Guárdalo en el cajón
Acomoda la silla
Ponlo sobre la mesa
<i>Imitación motora gruesa (se le dice: "haz esto"):</i>

Tocar cabeza/ barriga/hombros/.
Etc. partes gruesas del cuerpo

Imitación motora fina(se le dice: "haz esto"):

Tocar ojo (izquierdo / derecho)

Tocar cachete (izquierdo / derecho)

Tocar nariz

Tocar boca

Tocar barbilla

Tocar oreja

Tocar dedos (

Decir "adiós" con la mano

Decir "dame" con la mano

Agarrar objeto

Soltar / tirar objeto

Imitación facial("haz esto"):

Enseñar dientes

Abrir boca

Guiñar ojos (cierra fuerte y abre, frunciendo nariz)

Mover lengua (de un lado a otro)

Inflar cachetes

Besos (en la mano)

Besos (al aire)

Discriminación:

Tarjeta / tarjeta (fotografías o dibujos)

Tarjeta / objeto (se usan fotografías)

- Para la instauración de este repertorio conductual se recomienda utilizar la técnica de **Enseñanza de Tareas Discriminadas (Discrete Trial Training o DTT)**, que es una técnica específica para maximizar el aprendizaje. El proceso es intensivo e individualizado. Por lo general los psicólogos la utilizan para desarrollar la mayoría de las habilidades, ya mencionadas. La unidad básica de enseñanza llamada Tarea, tiene un principio y un final distintivo, razón por la cual recibe el nombre de “Discriminada”. La enseñanza requiere numerosas tareas, con el fin de fortalecer el aprendizaje.

Se recomienda entrenar en una misma habilidad hasta que el niño la domine completamente y que el entrenamiento debe ser concentrado con un determinado número de repeticiones (se sugiere 10) para cada sub-tarea tarea según la división que se haga (a mayor severidad del TEA, mayor número de sub-tareas), paralelamente, suministrar ayuda y disminuirla gradualmente tal como sea necesario (verbal o física) y finalmente utilizar refuerzo, según la escala elaborada previamente. Ilustración 5

Ilustración 5 Elementos para el aprendizaje de una tarea discriminada



Fuente: Elaboración propia

- Para el desarrollo del lenguaje, a nivel del paradigma ambiental conductual, se recomienda utilizar el **Entrenamiento de Respuesta Esencial (PRT)** que es otra técnica del método ABA, donde se utiliza el mismo formato de Señal-Respuesta – Consecuencia (A-B-C) para enseñar conductas comunicativas mediante ensayos discretos, pero según motivaciones naturales e inmediatas del niño para proporcionar la señal (A). Tabla 29 Ilustración 5

Tabla 29 Etapas para en entrenamiento de respuesta esencia (PRT)



Fuente: Elaboración propia

Para la instauración de un **repertorio verbal básico** y funcional, se recomienda aplicar un programa de muchas repeticiones del procedimiento explicitado en la Tabla 30 Niveles de respuesta verbal en ambientes de juego estructurado o en horas de la merienda y a través de rutinas diarias, lograrán la asociación entre la comunicación con determinados sonidos, palabras o gestos, y las actividades que se solicitan. Es indispensable proporcionar al niño variedad de palabras

asociadas a sus preferencias, empleando siempre las mismas señales para cada una de ellas.

Registrar los avances diariamente para obtener una curva de progresos.

Tabla 30 Niveles de respuesta verbal

Nivel objetivo del lenguaje hablado del niño	Posibles señales o claves	Posibles respuestas al refuerzo:
Aumente el balbuceo	"papa" Estimulación física para provocar la vocalización	El niño hace cualquier sonido
Pareo del sonido	"papa"	El niño hace cualquier sonido inmediatamente después de escuchar "papa"
Imitación del sonido	"P-P" P-P- Papa "pAAAApa"	"P" "aaa"
Imitación de palabras	"papa," "paaapa"	"pa" "apa"
Imitación de frases	" Yo quiero papa"	"queopaka" "O queo pata"
Sonidos, palabras y frases espontáneas,	Tiempo de espera para respuesta, no clave verbal.	"P" "apa" "ya papa"
Destrezas y conceptos específicos	"Dos papas" "papa grande"	"Dos papas," "dos" "papa grande," "La grande"

Fuente: Bibliografía para tías Centro Terapéutico Integral Casa de la Tía 2012

Una vez completado el primer programa y haber trasladado esas habilidades a la casa para su generalización y de haber incorporado esas nuevas habilidades en sus actividades cotidianas, se elaborará el segundo programa que consiste en trabajar las áreas específicas de dificultad que se observan en el diagnóstico inicial y que están vinculadas a otros paradigmas.

2.12. PARADIGMA COGNITIVO

El paradigma Cognitivo plantea que “eventos, procesos y estructuras cognitivas pueden tener repercusiones o una influencia causal en otros pensamientos, afectos o conductas”. (Opazo R. , 2001)

2.12.1. Objetivos Terapéuticos

- Desarrollar intencionalidad comunicativa y propositiva
- Incrementar el lenguaje verbal y no verbal
- En niños mayores o de funcionamiento alto, mejorar la prosodia y la pragmática del lenguaje
- Desarrollar la competencia de anticipación
- Desarrollar mayor flexibilidad cognitiva y Comportamental
- Disminuir la ansiedad

Para el cumplimiento de estos objetivos, se utilizarán fuerzas de cambio diseñadas por el Enfoque Integrativo Supraparadigmático.

2.12.2. Fuerzas de cambio desde el Paradigma Cognitivo

Una de las características más destacadas de los Trastornos del Espectro Autista es su “*preocupación absorbente por uno o más patrones estereotipados y restrictivos de interés que resulta anormal, sea en su intensidad, sea en su objetivo*” (DSM IV TR, 2002), lo cual está vinculado en los más funcionales, a rituales de perfeccionismo que requieren ser repetidos una y otra vez generando ansiedad en los niños. En tal sentido, uno de los **Principios de Influencia** que

el MIS propone que se debe tener en cuenta en la psicoterapia es que *“Las auto exigencias rígidas de perfeccionismo influyen aumentando la probabilidad de que se presente ansiedad”* en el entendido de que esta característica se constituye como una fuerza de resistencia al cambio de tipo estructural que se debe manejar con precaución a la hora de intervenir en esta población, no solo para elegir una técnica de relajación sino más bien para intervenir de manera preventiva sobre esta inflexibilidad cognitiva.

La psicoterapia integrativa aplicada a pacientes con TEA, debe considerar que *“Una mayor valoración cognitiva de las consecuencias positivas de la conducta influye aumentando la probabilidad de que esas consecuencias tengan un valor reforzante”*. Este **principio de influencia** que pone en evidencia cómo los cambios registrados en el paciente por las intervenciones realizadas en el paradigma ambiental-conductual, se constituyen en una poderosa fuente de auto-refuerzo porque el niño a través de su cambio conductual obtiene beneficios de su entorno y el psicoterapeuta debe **anclar el cambio** estimulando el desarrollo de meta cogniciones sobre el propio desempeño.

El psicoterapeuta al inicio del proceso terapéutico, debe considera el **principio de influencia** que glosa *“La atención selectiva a lo negativo influye aumentando la probabilidad de que se presente afectos negativos”* porque los padres en el proceso de aceptación del diagnóstico, que en muchos casos puede durar años, pueden ofrecer resistencias con su **estilo atribucional**, considerando que en el niño no quiere hacer una determinada tarea y no así que no puede momentáneamente.

En el marco de esta propuesta, la psicoterapia para los TEA debe trabajar de manera coordinada con los padres porque *“Las expectativas de cambio positivas influyen aumentando la probabilidad de cambio en psicoterapia”* y este **principio de influencia** debe constituirse en el norte orientador para la diada, realizando intervenciones que motiven al paciente (padres-niño) al cumplimiento de los objetivos Ilustración 6.

Ilustración 6: Principios de Influencia Paradigma Cognitivo



Fuente: Elaboración propia

2.12.3. Estrategias de Cambio desde el Paradigma Cognitivo

La Psicoterapia Integrativa, en el marco del Enfoque Integrativo Supraparadigmático, propone uno de los conceptos movilizadores más fundamentales en el caso de pacientes con autismo como es la motivación cognitiva, en la medida en que considera que las ganas no se esperan, se generan. En este caso particular los niños con autismo rechazan experimentar diferentes texturas y ello les genera dificultades para usar diferentes tejidos en su ropa o rechazo a materiales escolares como la plastilina o pintura al dedo. Sin embargo, si descubre que una conducta determinada le genera consecuencias positivas, como ser luces en un juguete sensorial cada vez que lo toca, irá construyendo motivación sensorial y afectiva placentera que lo motivará cognitivamente a continuar

Guiado por el terapeuta un niño con autismo puede resignificar de manera positiva el tener que “trabajar”, porque observa sus progresos en su organizador visual que le indica las actividades programadas y la “recompensa”. De la misma forma puede resignificar positivamente los ambientes de trabajo (considerados antes aversivos) y las personas (con quienes le cuesta establecer una interacción). Todo esto con el único requisito de que su experiencia se torne predecible y placentera.

Esta poderosa fuerza de cambio también debería aplicarse al desarrollo de la intencionalidad propositiva (querer hacer) y a la intencionalidad comunicativa (querer decir) porque una de las funciones del lenguaje es pedir para obtener y si el niño obtiene elementos positivos del ambiente, entonces su realidad será introyectada con significaciones diferentes y se generará motivación al cambio.

Para imprimir mayor fuerza de cambio se propone trabajar a nivel de los padres a través de la reestructuración cognitiva para abordar las **cogniciones afectivo dependientes** que a lo largo de esta terapia de largo aliento hacen decaer la motivación y participación de los padres dejando en manos del terapeuta la supuesta “cura” de su hijo.

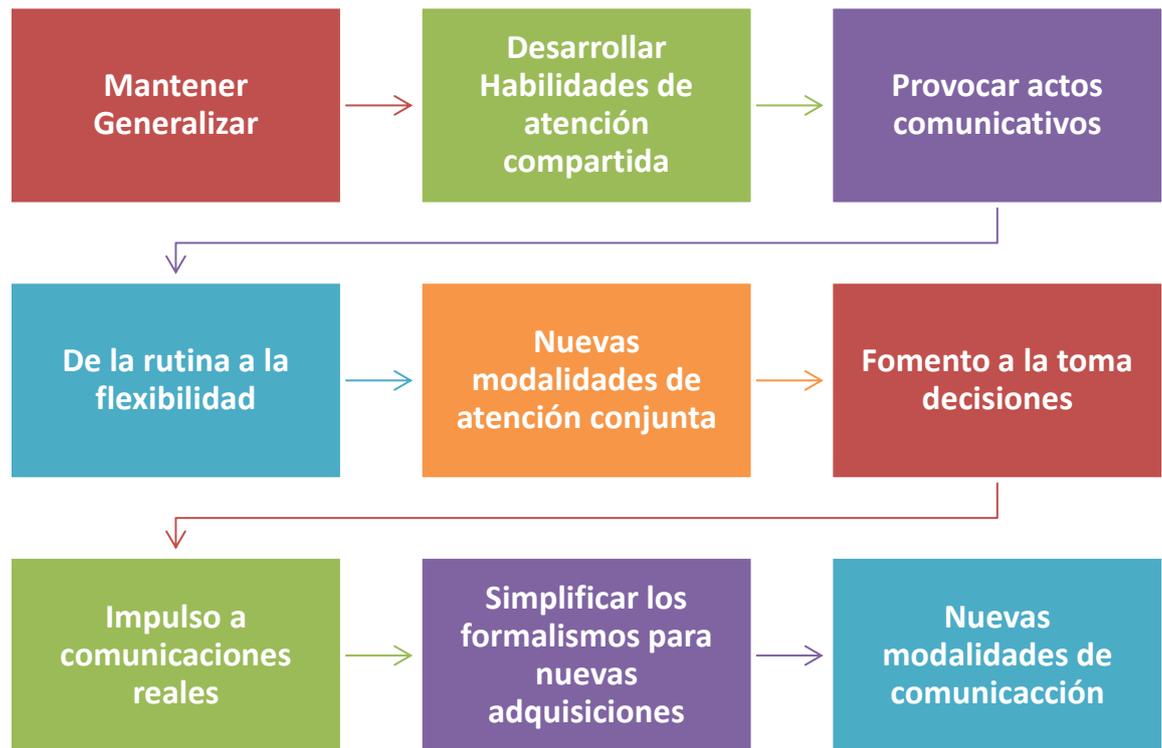
Este mismo concepto movilizador, en algún momento de la terapia nos puede ayudar con niños más grandes o de funcionamiento alto a que el niño integre el trabajo sobre las emociones, que viene realizando en el paradigma afectivo, al estilo de “cuando veo un helado sonrío Vs cuando pienso que se me va a caer me irrito” previniendo a través de la técnica historias sociales el razonamiento emocional.

Ilustración 7 Niveles de intervención de la psicoterapia desde el paradigma cognitivo



La amplitud de la sintomatología y sus consecuentes necesidades terapéuticas correspondientes al paradigma cognitivo, llevan a la decisión de plantear la intervención por niveles, los mismos que se irán desarrollando conforme avance el paciente. Ilustración

A continuación, se presenta el orden de las intervenciones para el incremento de la comunicación Ilustración 8. **Ilustración 8 etapas para el incremento de la comunicación**



La intervención terapéutica también tiene que incidir sobre la pragmática del lenguaje, en tres niveles: Lenguaje para regulación conductual, lenguaje para la interacción y lenguaje para la atención conjunta Ilustración 9.

Ilustración 9 Áreas de Intervención sobre la pragmática



2.12.4. Técnicas terapéuticas sugeridas

Básicamente las técnicas de intervención son las mismas, el juicio clínico y las características del paciente y su entorno serán los que determinen la forma, organización y secuencia de su implementación.

Desde esta propuesta se sugiere utilizar las técnicas con facilitadores o **mediadores como son los apoyos visuales y la estructura ambiental.**

En el entendido que el lenguaje (no el habla), es el maestro rector de cognición y mediador por excelencia del aprendizaje (en todas sus variantes, desde esta propuesta se va a establecer al paradigma cognitivo como eje central y coordinador de las intervenciones y se va a considerar lenguaje tanto en su variedad cognitiva, social y práctica y de aquí se irradiarán los cambios a los demás paradigmas.

2.12.4.1. Técnicas de apoyo para los programas de comunicación

Durante el proceso inicial de adquisición del lenguaje se recomienda la utilización del Sistema de Comunicación por intercambio de imágenes PECS (Pictures Exchange Communication System) que es una herramienta utilizada en la

comunicación y la interacción social. Posteriormente apuntar hacia el aprendizaje significativo. En todo el proceso se recomienda utilizar las siguientes técnicas que adicionalmente favorecen la representación mental:

- **El refuerzo positivo encubierto:** Con apoyo de imágenes se induce a imaginar una conducta y ésta se asocia a estímulos agradables o desagradables, también imaginativos. El niño utiliza sus importantes habilidades de memoria visual para “tomar una foto” de las actividades que se le pide y se lo asocia con la imagen del refuerzo.
- **El refuerzo negativo encubierto:** Con apoyo de imágenes como un acetato con una X roja encima de un estímulo (imagen) desagradable como ruido de bocina que cesará cuando entregue completa una actividad. Esta técnica se aplicará especialmente en casos de conducta desadaptativa y temores.
- **Modelado encubierto:** En esta técnica se hace imaginar al niño la conducta deseable (foto), así como las consecuencias favorables que provoca en los demás (pictograma de expresiones faciales).

2.12.4.2. Facilitadores para la comunicación

Las limitaciones de los niños con TEA para prestar atención a los sonidos de primer plano, aislar los de fondo y en definitiva, para modular o comprender la información auditiva, es que hace necesario redirigir la mirada hacia la utilización de medios visuales. Estos favorecen la efectividad de la recepción, procesamiento, acción, y expresión, lo que conduce a una mayor habilidad de comprensión, que a su vez favorece una mayor participación, interés y una expresión más efectiva.

Herramientas visuales para dar información:

- **Horarios:** para redirigir la atención, anticipar lo que vendrá, compartir eventos cotidianos, mejorar las habilidades de lenguaje y vocabulario, desarrollar conceptos de tiempo y secuencias, reduce problemas de conducta relacionados con transiciones o cambios de actividad.

- **Calendarios:** Suministran información semanal y mensual, ayuda a visualizar el orden de los acontecimientos (antes – después) reduciendo los problemas de conducta.
- **Cartelera y menús:** coadyuva al niño a realizar solicitudes, amplía el rango de elecciones y reducen los berrinches por protesta.
- **Localizadores de personas:** Suministran información sobre la ubicación de las personas significativas para el niño, reduciendo su ansiedad.

2.12.4.3. Herramientas visuales para dar instrucciones efectivas

- Organizadores de tareas: Donde se descomponen por pasos la tarea a realizar coadyuvando así a la autonomía. Ayudan a captar la atención y a aprender rápidamente el encadenado conductual.
- Organización visual del ambiente: Junto a las actividades desarrolladas en el paradigma ambiental-conductual relativas al control ambiental, se recomienda crear un orden en el entorno y dotarlo de sentido y estabilidad porque ayuda en la capacidad de predicción, facilita el acceso a lo que se quiere y promueve la autonomía.

2.12.5. Técnicas para el manejo de la inflexibilidad cognitiva

- **Para las transiciones:** Los cambios en la rutina amenazan su sentido de la seguridad y comodidad, lo que puede causar gran ansiedad. Los niños con autismo se asustan ante la incertidumbre por no poder anticiparse a lo que va a pasar, para ello se recomienda utilizar una señal de transición (pictograma de terminado), proporcionar tiempo para la transición del niño, uso de temporizador
- **Para la insistencia en las reglas:** los niños con autismo tienen una fuerte necesidad de controlar su entorno. Se basan en normas y rutinas para dar estructura a su vida y para que sea predecible. Esta puede ser una ventaja, para el control de conductas disruptivas pero una desventaja social cuando observa las equivocaciones de otros y

las pone en evidencia públicamente cada vez que alguien hace algo mal, así sea una persona adulta.

- **Para la comprensión de lo que se espera que haga en esas circunstancias:** se recomienda utilizar historias sociales Ej.: ¿por qué los demás rompen las reglas?
- **Para la insistencia en las rutinas:** Los niños con TEA tienen dificultad en la predicción de acontecimientos futuros y esto les genera ansiedad acerca de *¿qué pasa después?* y por ello insisten la mayoría de veces a que las cosas sucedan en un orden determinado. Se sugiere observar la pervasividad de este comportamiento; si es excesivo e interfiere con su programa iniciar el cambio gradual cambiando algunas secuencias de eventos o proporcionándole oportunidades de combinar con actividades de su agrado y avanzar paulatinamente usando la técnica de refuerzo positivo encubierto.

2.12.6. Técnicas de apoyo para el manejo de sintomatología asociada vinculada a la ansiedad

La relajación: La distensión muscular favorece la distensión psíquica, creando una situación placentera y reconfortante. Utilizar imágenes de Robot y muñeco de trapo.

Desensibilización sistemática: Para utilizarse en las fobias muy frecuentes en esta población. Para la jerarquía utilizar imágenes como un globo de aire que se va inflando conforme crecen sus recursos ante la angustia.

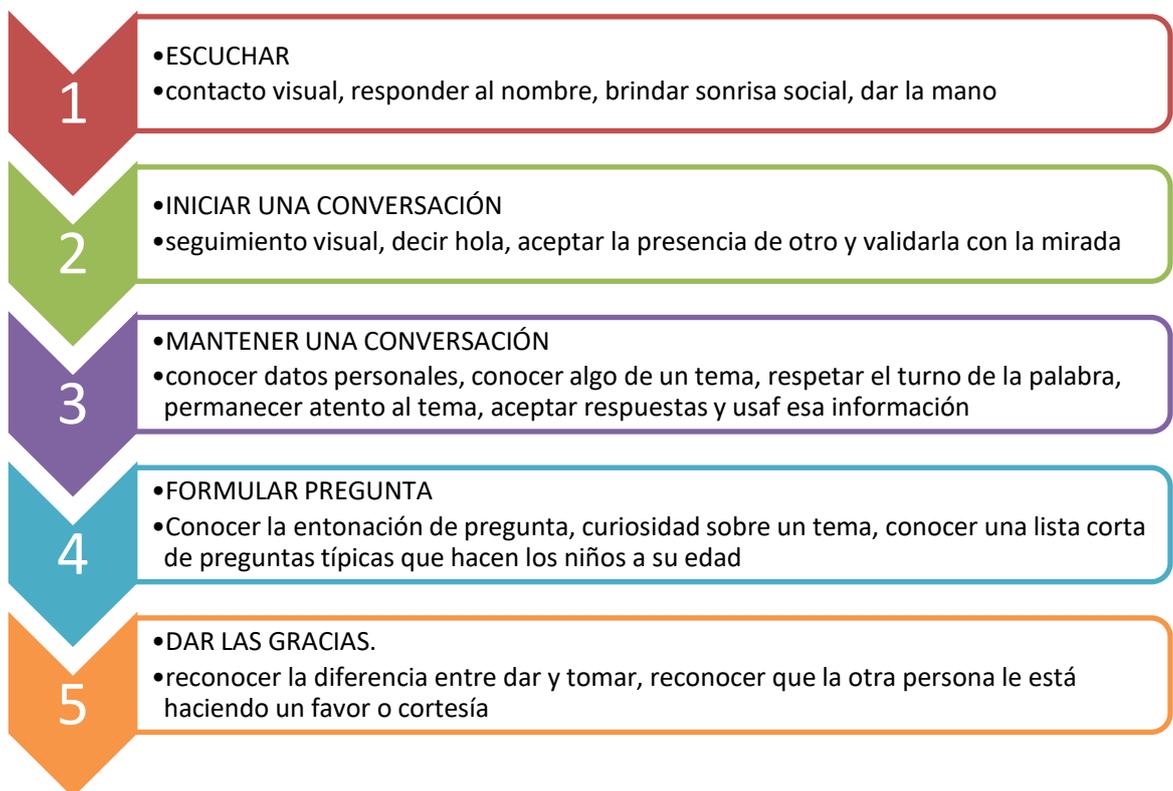
2.12.7. Técnicas de apoyo para el desarrollo de Habilidades sociales mínimas

Resulta curioso insertar el apartado de **Habilidades Sociales** en el Paradigma Cognitivo, cuando es claramente parte del ambiental conductual. Pero desde el marco de esta propuesta terapéutica destinada a niños con TEA, se considera a

las habilidades sociales como resultado del desarrollo de otras capacidades mentalistas que incluyen la valoración cognitiva, la capacidad intersubjetiva y mentalista de atribuir mente y sentimientos a los otros y como la capacidad de poner en práctica y a prueba habilidades comunicativas específicas.

En la Ilustración 10 se expone 5 de las llamadas Primeras Habilidades Sociales, según la lista de chequeo evaluación creada por Goldstein et al (1980), las mismas que fueron divididas en habilidades discretas para su adquisición mediante la técnica de **modelado** que es una técnica que goza de **nivel de evidencia 3 Ilustración 10**

Ilustración 10 Habilidades Sociales en tareas discriminadas para TEA



Fuente Adaptación propia a partir de 5 habilidades de (Goldstein, Sprafkin, Gershaw, & Klein, 1989)

2.13. 4 PARADIGMA AFECTIVO

Este Paradigma postula que “Cambios afectivos específicos influyen aumentando la probabilidad de que se presenten ciertas cogniciones, afectos o conductas específicos”. (Opazo R. , 2001)

Desde el Paradigma afectivo se plantean objetivos terapéuticos para que el profesional que lleve a cabo la terapia los adecue en función de las características individuales de su paciente (niño-padres) y los integre a los propuestos por el paciente y aquellos que emanen de su juicio clínico.

2.13.1. Objetivos Terapéuticos para el Paradigma Afectivo

- Impulsar el balance emocional
- Lograr intercambio afectivo positivo
- Estimular la retroalimentación afectiva
- Incrementar sus habilidades sociales-emocionales

Para el cumplimiento de estos objetivos, se utilizarán fuerzas de cambio diseñadas por el **Enfoque Integrativo Supraparadigmático**

2.13.2. Fuerzas de Cambio desde el Paradigma Afectivo

“... puedo llorar viendo películas dramáticas. Si veo a alguien maltratar a un animal, me siento disgustada o furiosa. Hay algunas áreas en las que mis emociones pueden ser diferentes. No me asusto ni me horrorizo fácilmente. Si veo algo desagradable, eso no me asusta, aunque si me enoja. Otra diferencia es que mis decisiones se guían por el razonamiento y no por los sentimientos.... Cuando tengo emociones fuertes, éstas son poderosas mientras las estoy experimentando, pero no dejan una gran huella en mi cerebro. No tengo subconsciente o recuerdos reprimidos. Tengo acceso a todos mis recuerdos, y

ninguno se encuentra reprimido por tener una gran carga emocional”.

Al discutir sobre los sentimientos autistas debemos separar los problemas de interacción social de las emociones. Las personas con autismo desean el contacto afectivo con otros, pero se encuentran bloqueados frente al intercambio social complejo”. Dra. Temple Grandin **Fuente especificada no válida..**

Este increíble relato de una mujer con autismo, pone en evidencia la complejidad del mundo afectivo-emocional de las personas con TEA, la mayoría de las veces incomprensibles para aquellos cuya emocionalidad es el eje rector de sus experiencias.

Resulta interesante observar cómo un niño con TEA podría pasar en cuestión de segundos de una tranquilidad inquietante a un descontrol extremo a causa de un estímulo ambiental. Por ello a la hora de plantear una psicoterapia Integrativa para estos niños, se debe considerar que *“La presencia de ansiedad, pena o rabia influye aumentando la probabilidad de cogniciones negativas (pensamiento emocional)”* (Opazo R. , 2001).

Este **principio de influencia** guiará la psicoterapia hacia el balance emocional como una prioridad, a través del manejo de contingencias, el incremento de la tolerancia a situaciones frustrantes y buscando a través de la gratificación continua encontrar emociones positivas que irradian su efecto a las cogniciones. El trabajo realizado en el paradigma cognitivo vinculará las dos variables y logrará cambios más estables.

Esto lleva a asociar inmediatamente el **principio de influencia** que establece que *“La presencia de un estado de ánimo positivo influye aumentando la probabilidad de resistencia a que surjan afectos negativos (inercia afectiva)”*. (Opazo R. , 2001) La **inercia afectiva** es fundamental en niños con TEA y suele ser lo primero que busca un terapeuta para que se motive a realizar un arduo

trabajo diario de más de dos horas, intentando aprender aquello que a los demás aprenden de manera natural.

El trabajo diario debe estar acompañado/guido por un profesional que tiene un alto perfil ya que una parte importante de los resultados depende su Ser, a lo que el EIS denomina como variables inespecíficas del terapeuta y se aplica muy bien el **principio de influencia** que establece que *“La calidez del terapeuta influye aumentando la probabilidad de apertura del sistema psicológico del paciente”*. (Opazo R. , 2001) Nunca tan acertada aportación que visibiliza a un grupo humano que trabaja bajo una estructura precisa, con objetivos clarísimos, técnicas específicas y rigurosos registros diarios, en ambientes estructurados y específicamente diseñados para que el niño con autismo pase de la dependencia absoluta a la autonomía de gestión.

La labor que realiza el especialista en autismo implica mucha energía ya que la dificultad que tienen estos niños para reconocer e interpretar estados afectivos y emocionales le lleva a magnificar su expresividad y a mantener la calma en los momentos más difíciles que incluyen muchas veces agresiones y autolesiones del paciente. Por lo tanto, el terapeuta a través de su accionar modela las reacciones emocionales y activas emociones positivas que favorecerán el surgimiento de afectos positivos más estables y duraderos. Este accionar no sería posible si no se siguiera el principio de influencia que expresa que *“Un contexto terapéutico de activación afectiva influye aumentando la probabilidad de asimilación de la experiencia terapéutica”*. (Opazo R. , 2001)

2.13.3. Estrategias de cambio desde el paradigma Afectivo

Como se había mencionado precedentemente, una importante fuerza de cambio a utilizar a lo largo de toda la terapia es la inercia afectiva, la misma que debe ser empleada tanto para el niño como para los padres, en la medida en que la motivación al cambio tiene que imprimirse en ambos sentidos. Si los padres comienzan a percibir un ambiente de tranquilidad en casa, libre las rabietas, gritos y enfados del hijo que se encuentra en terapia, podrán disfrutar más la vida

y también podrán dedicarse a cultivar su vida personal mientras el hijo está trabajando y disfrutando también, aunque de manera extrínseca de manera inicial. Ambos disfrutes es lo que se necesita para la adherencia a la terapia y para su compromiso con el cambio.

2.13.4. Técnicas terapéuticas sugeridas

El dividir el mundo psicológico del paciente en paradigmas, tiene un sentido más didáctico, pues todas las fuerzas de cambio generan una sinergia donde se potencializan los cambios y se imprime efectividad a la intervención.

En tal sentido, no podemos hablar de emoción pura porque *“Las emociones son como respuestas automáticas de nuestro cerebro, que se desencadenan ante determinados estímulos del ambiente (ya sean reales, o evocados). Estas respuestas pueden aparecer de forma innata (emociones básicas o primarias como la alegría, el miedo, las tristezas o la ira), o gracias a las conductas sociales adquiridas a lo largo de la infancia (emociones secundarias, como el aburrimiento, la vergüenza la culpa, el orgullo, el desagrado, etc.)”***Fuente especificada no válida.**

Al estar íntimamente vinculadas las emociones con las cogniciones y con las interacciones sociales que establece un individuo, se sugiere trabajar desde la unidad básica de este intercambio psicoemocional como es el darse cuenta de lo que es una emoción y cuáles son las características que imprimen en una persona y que permite identificarlas en uno mismo y en los demás. Para este propósito se recomienda fragmentar el comportamiento (como la mayoría de las tareas que enseñamos a un niño con TEA) y trabajar en base al refuerzo positivo encubierto, el modelado y el rol playing, la dramatización y las historias sociales, las siguientes tareas iniciales:

- Reconocimiento de las expresiones faciales.
- Aprendizaje por imitación de las expresiones faciales.
- Análisis de las partes de las expresiones faciales.
- Construcción gestáltica de las emociones.

- Identificación de emociones basadas en las creencias.
- Identificación de las emociones basadas en las situaciones.
- Aplicación y generalización

Posteriormente, se puede implementar sesiones de **musicoterapia**, que si bien la (Guía de Buena Práctica para el Tratamiento de los Trastornos del Espectro Autista, 2006) no tiene evidencia para el tratamiento de los síntomas nucleares del TEA si aporta bienestar y disfrute al paciente lo que repercute positivamente con su estado de ánimo, Las sesiones de música reportan relajación en niños con TEA.

Así también se recomienda utilizar sesiones de **floor time** entre el niño y sus padres para fortalecer sus relaciones a través del **juego**, para proporcionar un ambiente lúdico, dirigido por el psicoterapeuta para inducir en ambos participantes el reconocimiento y validación de sus necesidades afectivas, para la retroalimentación afectiva positiva y para crear interacciones afectivas positivas.

Para coadyuvar al anterior esquema terapéutico se recomienda utilizar **historias sociales** o también llamadas conversación en forma de historieta. Esta se constituye en una herramienta de apoyo y no una técnica en sí misma.

Una historia Social se diseña de modo que proporcione predictibilidad a una situación que, desde la perspectiva del niño es confusa, atemorizante o difícil de interpretar. Reconociendo que la predictibilidad ha demostrado mejorar la respuesta social y el comportamiento en el juego en los niños con TEA, el entendimiento de lo desconocido puede ser imprescindible para el éxito social de ellos.

Una recomendación fundamental para el clínico es que el material y los métodos instructivos utilizados para presentar información social deben ser coherentes con las capacidades visuales de aprendizaje del paciente. **Fuente especificada no válida.**

2.14. PARADIGMA SISTÉMICO

“Un cambio estable en el sistema psicológico total influye aumentando la probabilidad del cambio de las partes del sistema. Un cambio estable en una parte del sistema influye aumentando la probabilidad de cambio del sistema total” (Opazo & Bagladi, 2009).

Desde el Paradigma sistémico se plantean objetivos terapéuticos que deberán ser implementados por el profesional atendiendo a variables de edad, psicodiagnóstico integral inicial, nivel de severidad, aproximaciones terapéuticas previas y su juicio clínico

- **Objetivos Terapéuticos**
 - Fortalecer la alianza terapéutica con los padres
 - Optimizar la dinámica familiar
 - Fortalecer el vínculo en el sistema paterno-filial
 - Distribuir tareas y responsabilidades
 - Promover la integración psicosocial plena

Además de estos objetivos, se incorporarán los objetivos planteados por la familia, mientras el niño sea pequeño, posteriormente se incorporarán los de él como prioritarios. Para el cumplimiento de estos objetivos, se utilizarán fuerzas de cambio diseñadas por el **Enfoque Integrativo Supraparadigmático**

2.14.1. Fuerzas de cambio desde el Paradigma Sistémico

La familia al recibir el diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista para su hijo queda severamente afectada por muchos motivos que tienen que ver con el desconocimiento sobre la evolución del trastorno, por la incertidumbre con relación al futuro y porque el pronóstico en estos casos depende no solo de la patología sino también del tipo de intervención terapéutica que elija, con el equipo profesional que intervenga y con el programa terapéutico que se implemente.

Un TEA en la familia significa muchos cambios y por lo tanto amenaza a la estabilidad familiar que moviliza resistencias **estructurales y dinámicas**. Uno de los principios de influencia que mejor se aplique a este caso es que “La tendencia del sistema psicológico a mantener su punto de equilibrio homeostático influye aumentando la probabilidad de **morfostasia**, es decir la resistencia al cambio” (Opazo R. , 2001)

Frente a esta situación, el psicólogo integrativo tiene que hacer uso de los recursos que le provee el MIS para combatir dichas resistencias y fortalecer la alianza terapéutica. En este sentido desde esta propuesta se sugiere abordar la problemática del TEA con las **fases didácticas**, donde se expondrá la **rationale** de la psicoterapia y se absolverá muchas dudas respecto a la evolución de su hijo, al tipo de intervención que se realizará y para ajustar las **expectativas de cambio** en función de la realidad del cuadro.

Como “...lo crucial para la Psicoterapia Integrativa es ir favoreciendo en el paciente la co-contrucción de estímulos efectivos consistentes con los objetivos terapéuticos La tendencia del sistema psicológico a mantener su punto de equilibrio homeostático influye aumentando la probabilidad de morfostasia, es decir la resistencia al cambio”

Si desde un inicio logramos adherencia al tratamiento y generamos motivación en los padres, esta se irradiará al sistema en su conjunto, tal como afirma el principio de influencia que establece que “*Un cambio “positivo” estable en una parte del sistema psicológico influye aumentando la probabilidad de que se presente un efecto “positivo” estable en el sistema total*” (Opazo R. , 2001)

Todo niño, y en especial los que tienen TEAP son muy sensibles al estado de ánimo de los padres y a traducir en su comportamiento el clima familiar cuando en realidad es imprescindible un trabajo en equipo entre la familia el equipo de trabajo, el niño y si es el caso, la escuela Esta situación obliga a .incidir en el sistema familiar porque “en el plano interaccional la emisión de una conducta

“positiva” percibida positivamente por la otra persona, influye aumentando la probabilidad de que esta responda a su vez con una conducta “positiva” (Opazo R. , 2001). Si la psicoterapia genera esta conducta positiva las probabilidades de éxito serán mayores.

Durante todo el proceso, el terapeuta tiene que medir el nivel de compromiso y motivación al cambio porque en muchas ocasiones decae paulatinamente, la psicoterapia se va a estancar. El lograr positivismo es lo que se necesita en el trabajo con niños. Una estrategia que funciona es incrementar la capacidad de disfrute en la pareja a través de optimización de tiempo y recursos,

El hecho que la terapia dure más de tres horas diarias libera a las familias y les permite dedicarse a sus asuntos personales y liberar el estrés familiar. En el sistema familiar “el predominio de conductas “positivas” en una interacción influye aumentando la probabilidad de desarrollo “positivo” del sistema psicológico de cada uno de los miembros de la interacción (Potenciación interaccional)” (Opazo R. , 2001). La potenciación interaccional puede ser positiva o negativa y darse entre diferentes niveles del sistema o dentro del mismo sistema. Cualquiera sea el caso, el proceso terapéutico debe incidir en la familia y generar potenciación interaccional positiva en el entorno del niño que servirá como factor protector de patologías asociadas.

El proceso de duelo por el hijo pedido suele durar mucho tiempo y se observa que los padres asumen el diagnóstico de forma diversa pasando por la negación que promueve infructuosas búsquedas por cambiar el diagnóstico hasta la sobreprotección que genera dependencia e impide el desarrollo del niño. Si la familia es sobreprotectora se tendrá que generar un ambiente patodistónico a través del comportamiento del niño y el desarrollo de habilidades de autocuidado y autonomía de gestión

Técnicas sugeridas:

El tratamiento de los TEA se tiene que extender del centro de atención hasta su casa, por el eso se sugiere entrenamiento a padres en técnicas conductuales, manejo de contingencias y terapia de juego mediante el siguiente esquema

Taller de entrenamiento a padres de niños con TEA

ENFOQUE INTEGRATIVO SUPRAPARADIGMATICO

Sesión 1. Integración, presentación, contrato conductual.

Sesión 2. Espectro autista: concepto, diagnóstico, evolución, el TEA a lo largo de la vida, síntomas asociados e intervención terapéutica.

Sesión 3. Aprendizaje de las técnicas efectivas para el entrenamiento cognitivo conductual en seis pasos.

Sesión 4. Convivencia y desarrollo de red de apoyo entre padres

Sesión 5. Emociones.: las mías, las tuyas, las nuestras. ¿Cómo manejarlas?

Sesión 6. Habilidades sociales.: que son, cómo se desarrollan y actividades dirigidas para la casa acorde a las necesidades del hijo

Sesión 7. Comunicación: sistema de intercambio por imágenes y pivotal response training. Pictografiado de la casa, uso de agenda de comunicación.

Sesión 8. Autonomía: los padres también enseñan, higiene, alimentación cuidado de la ropa, responsabilidad

Sesión 9. Conductas problema.

Sesión 10. Adaptación e integración escolar.: necesidades educativas especiales y modalidad educativa. ¿Qué es una maestra integradora?

Sesión 11. Cierre

De manera paralela se sugieren sesiones de psicoterapia con los padres apoyo a familia ampliada a toda la familia

2.15. PARADIGMA INCONSCIENTE

Procesos y actividades mentales de los cuales la persona no está consciente, pueden tener directa influencia sobre las cogniciones, afectos y conductas. (Opazo R. , 2001)

2.15.1. Objetivo terapéutico

- Ayudar a la familia a procesar el duelo por el hijo no nacido

2.15.2. Fuerzas de cambio desde de Paradigma Inconsciente

No existe evidencia científica que apoye intervenciones a este nivel, sin embargo, desde el marco de esta propuesta, el psicólogo clínico tiene que trabajar con la familia en el proceso de aceptación a través del concepto movilizador de **Awareness integral** y esto repercutirá positivamente en la calidad de sus competencias parentales y en la calidad de vida de la familia en general.

Este estudio no elabora una propuesta para el **sistema Self** en el entendido que todas sus funciones se encuentran gravemente alteradas en los Trastornos del Espectro Autista y hasta que no avance la ciencia en psicología que nos permita acceder al enigma del mundo autista, el mundo se perderá de este conocimiento

Para finalizar, se sugiere implementar un cuadro de logros permanente con estímulos visuales que le permitan ver al niño y a sus padres sus avances en el tiempo y de esta forma generar trasfondo eficaz para las siguientes intervenciones en todo el sistema familiar.

III. BIBLIOGRAFÍA

- Alcantud –Marín, F. (2013). *Trastornos del Espectro Autista : Detección, diagnóstico e intervención temprana*. Madrid: Piramide.
- APA. (2002). *DSM IV TR*. Barcelona: Masson.
- Autism - Europe. (18 de mayo de 2010). *Autism Europe aisbl*. Recuperado el 20 de julio de 2013, de <http://www.autismeurope.org/files/files/descripcion-autismo-2010-amp-2013--1.pdf>
- Autism Speaks. (2013). *Autism Speaks It's Time to listen*. Recuperado el 2 de septiembre de 2013, de www.autismspeaks.org
- Autism Treatment Center of America. (2013). *The Son-Rise Program*. Recuperado el 22 de julio de 2013, de http://www.autismtreatmentcenter.org/contents/reviews_and_articles/northwest-university-study.php
- AUTISMO ABA. (20 de mayo de 2012). *Autismo ABA Análisis de conducta aplicado*. Recuperado el 30 de julio de 2012, de <http://autismoaba.org/?page=1>
- Autismo Diario. (17 de junio de 2011). *Autismo Diario*. Recuperado el 22 de julio de 2013, de <http://autismodiario.org/2011/06/17/eficacia-de-las-intervenciones-de-integracion-sensorial-en-ninos-con-trastornos-del-espectro-del-autismo/>
- Autismo Diario. (9 de Abril de 2012). *Autismo Diario*. Recuperado el 26 de agosto de 2013, de Autismo Diario: <http://autismodiario.org/2012/04/09/identificadas-nuevas-mutaciones-geneticas-relacionados-con-el-autismo/>
- N1 Autismo: los hilos de la integración (5 años de investigación en Bolivia). Investigación realizada para el Centro Terapéutico Integral La Casa de la Tía.
- Ayres, J. (2006). *La Integración Sensorial y el Niño*. Madrid: Trillas.
- Bagladi, V. (2003). *Variables inespecíficas en psicoterapia y psicoterapia integrativa. Tesis para optar al grado de doctor en psicología*. San Luis, Argentina: Universidad Nacional de San Luis.
- Bagladi, V. (2010). Investigación en el Enfoque Integrativo Supraparadigmático. *ICPI Actualización en Psicoterapia Integrativa Vol. 2*, 143.

- Breinbauer, C. (2006). Introducción al Modelo DIR y la terapia Floortime o Juego Circular. *Introducción al Modelo DIR y la terapia Floortime Transiciones. Revista de la Asociación Peruana de Psicoterapia Psicoanalítica de Niños y Adolescentes Vol.6.*
- Breinbauer, C., & Raphael, J. (2001). Autism: The Causes and Increases in Cases. *Breinbauer, C & Raphael, J. (The Best Practices Newsletter of the Interdisciplinary Council on Developmental & Learning Disorders, Vol. 2, 285.*
- Campos, C. (2009). *Trastornos del Espectro Autista.* Mexico DF: Manual Moderno.
- CEIS Centro de Educación e información para la salud. (2013). *La incertidumbre del Autismo en Bolivia.* La Paz: Pagina web.
- Chavez, M. L. (2009). *Intervención psicopedagógica para la creación de un grupo social de apoyo para padres/madres de niños/as con autismo.* Santa Cruz de la Sierra: Universidad Católica Boliviana: Proyecto de grado para optar el grado de licenciatura en psicopedagogía.
- Department of health information for a healthy New York. (14 de marzo de 2013). *Department of health information for a healthy New York.* Recuperado el 6 de junio de 2013, de http://www.health.ny.gov/community/infants_children/early_intervention/memoranda.htm
- Elbe, D., & Lalani, Z. (2 de nayo de 2012). *National Center for Biotechnology Information, USA.* Recuperado el 15 de julio de 2013, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3338180/>
- Frith, U., & Hill, E. (2004). *Autism, mind and brain.* Oxford: Oxford University Press.
- Fuentes-Biggi, J., Ferrari-Arroyo, M., Boada-Muñoz, L., Touriño-Aguilera, E., Artigas-Pallarés, J., Belinchón-Carmona, M., . . . Es, M. d. (2006). Guía de Buena Práctica para el Tratamiento de los Trastornos del Espectro Autista. *Revista de Neurología, Año 7 N° 43, 425 - 438.*
- Garcia-Gomez, A. (2008). *Espectro Autista: definición, evaluación e intervención educativa.* Mérida: Artes Gráficas Rejas.
- Goldstein, A. P., Sprafkin, R. P., Gershaw, N. J., & Klein, P. (1989). *Habilidades Sociales y Autocontrol.* Barcelona: Martinez Roca .
- Hobson, P. (1995). *El autismo y el desarrollo de la mente.* Madrid: Alianza.

- Hodgdon, L. M.-S. (2002). *Estrategias visuales para mejorar la comunicación*. Troy Michigan: Quirk Roberts Publishing.
- Leaf, R., & McEachin, J. (2000). *Esperanzas para el Autismo*. Cartagena: ESCO.
- Lechin, E. (2010). *Intervención terapéutica para el desarrollo de habilidades cognitivas, de autovaloramiento, comunicativas y sociales*. Santa Cruz de la Sierra: Universidad Católica Boliviana: Proyecto psicopedagógico optar el grado de licenciatura en Psicología.
- Martos, J., González, P., Llorente, M., & Carmen, N. (2005). *Nuevos desarrollos en Autismo: "El futuro es hoy"*. Madrid: IMSERSO.
- Mascotena, M. (2007). *Abordajes educativo-terapéuticos para niños con TGD*. .
- Merril, A. (15 de abril de 2013). *Autismo Diario*. Recuperado el 18 de julio de 2013, de <http://autismodiario.org/2013/04/15/ansiedad-y-trastornos-del-espectro-del-autismo/>
- Molina, A. (2007). *Neuropsicología y comunicación familiar en el autismo de Asperger*. La Paz: Universidad Católica Boliviana Tesis de grado para obtener el grado de licenciatura en psicología .
- Montero, A. (2009). *Efectos psicoafectivos del sistema familiar cuando un hijo o hija es diagnosticado con uno de los Trastornos del Espectro Autista*. Santa Cruz de la Sierra: Universidad de Aquino Bolivia Tesis de grado para obtener el grado de licenciatura en psicología .
- Moree, B., & Davis III, T. (2010). *Cognitive-behavioral therapy for anxiety in children diagnosed with autism spectrum disorders*. Louisiana: Louisiana State University.
- Mulas, F., Ros-Cervera, G., Millá, M., Etchepareborda, M., Abad, L., & Téllez de Meneces, M. (2010). Modelos de intervención en niños con autismo. *Revista Neurología* 50, 77-84.
- Mundy, P., Sigman, M., Ungerer, J., & Sherman, T. (1989). Mundy, P. Defining the social deficits in autism: the contribution of non-verbal communication measures. *Mundy, P., Sigman, M., Ungerer, J. & Sherman, T. (1986). Defining the social* *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 657669.
- Muñoz de León, M. (6 de JUNIO de 2013). *AEPCC*. Recuperado el 22 de julio de 2013, de Neuronas en espejo una posible explicación para la etiología del autismo: <http://www.aepccc.es/blog/item/neuronas-espejo-una-posible-explicacion-sobre-la-etilogia-del-autismo.html>

- National Institutes of Health . (16 de abril de 2012). *National Institutes of Health* . Recuperado el 6 de junio de 2013, de <http://www.nimh.nih.gov/health/topics/autism-spectrum-disorders-pervasive-developmental-disorders/index.shtml#part6>
- NINDS . (18 de Enero de 2012). *Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Accidentes Cerebrovasculares*. Recuperado el 26 de agosto de 2013, de <http://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/autismo.htm>
- Opazo, R. (2001). *Psicoterapia Integrativa: delimitación clínica*. Santiago: Ediciones ICPSI.
- Opazo, R. (2004). Psicoterapia Integrativa y Desarrollo Personal. En R. Fernandez-Alvarez H. y Opazo, *La Integración en Psicoterapia: Manual de Aplicaciones*. Barcelona: Paidós.
- Opazo, R., & Bagladi, V. (2009). *ACPI Actualizaciones de la Psicoterapia Integrativa Vol 1*, 18.
- Papalia, D. E., Wendkos Olds, S., & Duskin Feldman, R. (2004). *Psicología del desarrollo. De la infancia a la adolescencia*. Mexico: Mc Graw Hill.
- PECS Pyramidal Educational Consultant. (2012). *PECS SPAIN*. Recuperado el 4 de julio de 2013, de <http://www.pecs-spain.com/>
- Pedreira, M. J. (2003). *Evaluación, diagnóstico, neurobiología y tratamiento del autismo*. Madrid: Laertes S.A .
- Riviere, A. (1997). Teoría de la mente y metarrepresentación. En M. Belinchón, *Obras escogidas de Angel Riviere (comp)*. Madrid.: Editorial Médica Panamericana.
- Riviere, A. (2001). *Autismo: orientaciones para la intervencion educativa* . Madrid: Trota.
- Riviere, A. (2002). *IDEA: inventario de espectro autista*. Buenos Aires: FUNDEC.
- Riviere, A., & Martos, J. (1998). *El Tratamiento el Autismo: Nuevas Perspectivas*. Madrid: APNA - IMSERSO.
- Riviere, A., & Martos, J. (2000). *El niño pequeño comn autismo*. Madrid: APNA.
- Russel, J. (2000). *El autismo como función ejecutiva*. Madrid: Panamericana.
- Sigman, M., & Capps, L. (2000). *Niños y niñas autistas: una perspectiva evolutiva* . Madrid: Morata.

- Sulzer-Azaroff, B., Hoffman, A., Horton, C., Bondy, A., & Frost, L. (2009). *El Sistema de Comunicación por Intercambio de Imágenes (PECS): ¿Qué dicen los datos?*. Valencia: Piramidal System.
- Tager-Flusberg, H. (1999). *A Psychological Approach to Understanding the Social and Language Impairments in Autism*. Boston: International Review of Psychiatry, 11.
- the unicorn children, f. (2007 de febrero de 2007). *AutismoDiario-org*. Recuperado el 8 de marzo de 2013, de <http://autismodiario.org/2007/02/22/terapias-de-juego-floor-time-terapia-de-suelo/>
- Thompson, C. K., Sundin, R., & Jean, S. (2012). *Autism Treatment Center of America*. Recuperado el 22 de junio de 2013, de http://www.autismtreatmentcenter.org/contents/reviews_and_articles/northwest-university-study.php
- Trivisonno, C. (2010). *Introducción al Enfoque ABA en Autismo y Retraso de Desarrollo. Un Manual para Padres y Educadores*. Santiago: "Alter" Ediciones.
- Valdez, D. (2001). *Autismo: enfoques actuales para padres y profesionales de la salud y la educación*. Buenos Aires: Fundec.
- Wigram, K. (14 de junio de 2010). *Music Therapy Research Blog*. Recuperado el 16 de julio de 2013, de <http://www.musictherapyresearchblog.com/improvisational-music-therapy-for-children-with-autism/>
- Wing, L. (1998). *El Espectro Autista: guía para padres y educadores*. Barcelona: Paidós.
- Zardain, P. C. (2013). *Leo TEAyuda Las emociones básicas*. Valencia: Psylicom.
- N2 En lo particular cambiaría el término original, debido a mi compromiso personal con la lucha por los derechos de las personas con discapacidad para no ser tomadas como ejemplos negativos de la cognición humana. Obviamente sin desmerecer el concepto al que hace referencia.
- N3 Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), del Departamento Estadounidense de Salud y Servicios Humanos.

- N4 “El compartir características biológicas de la especie implica compartir mecanismos de satisfacción/frustración o de placer/dolor, que aportan pautas utilizables para personas muy diferentes” (Opazo, 2001” Pág. 22.

ANEXOS

IV. ANEXOS

Anexo 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN PSICOLÓGICA

Título del protocolo:

Psicoterapia Integrativa para niños de 4 a 12 años con trastorno del espectro autista.: Una propuesta desde el enfoque Integrativo Supraparadigmático.

Investigadora: Lic. Ximena Soto Ríos

1. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVO DEL ESTUDIO. Las personas con trastornos del espectro autista, necesitan apoyo psicoterapéutico y educativo desde temprana edad para asegurar el desarrollo de habilidades y funciones que por la naturaleza de su patología se encuentran deficitarias o alteradas. Por eso, contar con un protocolo de intervención Integrativa que cubra las esferas que integran al ser humano en su totalidad, sin descuidar el ambiente al que pertenece y en el cual debe insertarse exitosamente el individuo es necesaria y fundamental.

2. PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO

En caso de aceptar participar en el estudio se le realizarán algunas preguntas sobre usted, sus conocimientos y su práctica profesional con personas que tengan trastorno del espectro autista

ACLARACIONES

- Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada participante, los datos referidos a su nombre, sus pacientes y su lugar de trabajo será mantenida con estricta confidencialidad por la investigadora.
- Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.

3. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación.

Firma del participante

Anexo 2

ENTREVISTA A EXPERTOS EN INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA PARA PERSONAS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

Nombre y apellido

Profesión

A continuación se le realizarán algunas preguntas relacionadas a su práctica profesional con personas diagnosticadas con Trastorno del espectro autista. En caso de requerir mayor información sobre algún punto específico no dude en preguntar a la entrevistadora. Muchas gracias.

1. Hace cuánto tiempo trabaja con niños con TEA

de 1 a 5 año de 5 – 10 años más de 10

2. Cuantos niños con TEA ha atendido en ese tiempo

1 a 5 niñ@s 6 a 10 niñ@s 11 a 15 niñ@s más de 15

3. Marque con una X cuáles de estas terapias utiliza o ha utilizado en la intervención terapéutica de niños con TEA

DomainDelacato

Lentes de Irlen

Comunicación facilitada

Terapia psicodinámica

Secretina

Terapia antimicótica

Tratamiento con quelantes

Inmunoterapia

Terapia sacrocraneal

- Terapias asistidas con animales
- Integración auditiva
- Integración sensorial
- Psicoterapias expresivas
- Vitaminas y suplementos dietéticos
- Dieta sin gluten/caseína
- Promoción de competencias sociales
- Sistemas alternativos y aumentativos de comunicación
- Sistemas Teacch
- Terapia cognitivo-conductual
- ISRS en adultos con TEA
- Estimulantes en TEA + TDA-H
- Intervenciones conductuales
- Risperidona

4. Por favor, mencione a continuación si considera que existen terapias complementarias no mencionadas en la pregunta 3 que Ud. recomendaría implementar en pacientes con TEA.

- a. _____
- b. _____
- c. _____

Anexo 3

FORMULARIO DE REGISTRO ANECDÓTICO PARA ANÁLISIS FUNCIONAL DE LA CONDUCTA

CONDUCTA A OBSERVAR

Estímulo de la conducta (1)	Entornos o ambientes reforzantes (2)	Consecuencias y funciones (3)
<i>¿Qué estaba haciendo antes de presentar la conducta?</i>	<i>¿Quién o quienes están presentes y de qué manera afectan?</i>	<i>¿Qué sucedió inmediatamente después?</i>
<i>¿Quién o quienes estaban presentes?</i>	<i>¿Qué ruidos se oyen en ese momento y su volumen?</i>	<i>¿Quién o quienes se hicieron presentes después de la conducta?</i>
<i>¿Qué ruidos se oían en ese momento?</i>	<i>¿Cómo es la iluminación de la habitación?, ¿es molesta?</i>	<i>¿Qué fue lo que consiguió el niño?</i>
<i>¿Cómo es la iluminación de la habitación?</i>	<i>¿En qué lugar está y qué hora es?</i>	
<i>¿En qué lugar está y qué hora es?</i>	<i>¿Qué otras conductas presentan en ese momento?</i>	<i>¿Porqué o para qué se comportó así?</i>
<i>¿Qué fue lo que se le pidió o qué actividad estaba a punto de realizar?</i>	<i>¿Cómo reaccionan los espectadores ante esa conducta?</i>	
<i>¿Qué ropa trae puesta?</i>	<i>¿Cuándo la conducta presenta mayor intensidad o frecuencia?</i>	

<i>¿Cuál es la temperatura en ese momento?</i>	<i>¿En qué otros lugares o situaciones presenta dicha conducta?</i>	
	<i>¿Ante qué otras personas presentan dicha conducta?</i>	
	<i>¿Cuál es la temperatura en ese momento?</i>	
