



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Facultad de
Psicología
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

Trabajo Final de Grado

Monografía

*El Trastorno del Espectro Autista desde el enfoque
cognitivo*

Autora: Lucía Pariani: C.I: 5.100.267-3

Tutora: Prof.adj.Rossana Blanco

Revisor: Prof.adj. Hugo Selma

Facultad de Psicología, Universidad de la República

Montevideo, Marzo 2021

Índice

Resumen	3
Presentación	4
Capítulo 1	6
TEA: Recorrido histórico y evolución conceptual desde una perspectiva psiquiátrica	6
1.1 Psicosis y Autismo	6
1.2 Trastorno generalizado del desarrollo	7
1.3 Abordaje Dimensional. Trastorno del Espectro Autista. DSM-5 (AAP 2014)	7
Capítulo 2	10
Introducción a la Psicología Cognitiva	10
2.1 El origen de la Psicología Cognitiva	10
2.2 Aportes de la Psicología Cognitiva en el desarrollo	12
Capítulo 3	14
El Trastorno del Espectro Autista desde el enfoque cognitivo	14
3.1 Teoría de la Mente	14
3.2 Teoría de la Coherencia Central	18
3.3 Teoría de las Funciones Ejecutivas	22
Capítulo 4	28
Intervención y Tratamiento del TEA desde un enfoque cognitivo-conductual	28
4.1 Intervención Temprana	28
4.2 Evaluación	31
4.3 Tratamiento	32
Consideraciones Finales	35
Referencias Bibliográficas	40

Resumen

La monografía trata sobre el Trastorno del Espectro Autista desde el enfoque cognitivo. Desde la perspectiva cognitiva el Trastorno del Espectro Autista (en adelante, TEA) refiere a un trastorno del desarrollo y no una enfermedad mental, por consiguiente, implica un déficit cognitivo y biológico. La perspectiva cognitiva centra su mayor énfasis en la Teoría de la Mente como modelo explicativo para el autismo. Plantea como explicación para el autismo la ausencia de una Teoría de la Mente, lo que implica un déficit en la capacidad de atribuir estados mentales a los otros, es decir la posibilidad de inferir sus deseos, intenciones, creencias y emociones y diferenciarlos de los estados mentales propios.

El trabajo presenta un recorrido histórico conceptual sobre la nomenclatura de autismo desde los aportes de la psiquiatría y los insumos de la psicología cognitiva acerca del desarrollo intelectual y mental en la infancia. Incorpora tres modelos conceptuales que permiten la comprensión sobre el TEA que se sustentan en el enfoque cognitivo, tales como la Teoría de la Mente, La Coherencia Central y las Funciones Ejecutivas.

Recorre distintas investigaciones sobre las conductas consideradas signos indiciarios de la manifestación del TEA en el desarrollo infantil, así como instrumentos de intervención centrados en el enfoque cognitivo-conductual. Dichos instrumentos se orientan hacia la atención psicoeducativa para el aprendizaje de habilidades sociales y conductuales en un contexto específico. Este trabajo plantea la pertinencia del enfoque cognitivo en sus aspectos conceptuales y metodológicos para un tratamiento de los sujetos infantiles con TEA que incluye a otros actores sustantivos para su desarrollo saludable tales como las familias y las instituciones de su contexto.

Palabras claves: TEA, Enfoque cognitivo, Teoría de la Mente, Coherencia Central, Funciones Ejecutivas.

Presentación

El presente trabajo monográfico se enmarca dentro de la Licenciatura de Psicología de la Universidad de la República. Aborda como temática principal el Trastorno del Espectro Autista desde un enfoque cognitivo. La elección de la temática radica en la importancia de la visualización de dicho trastorno y de la concientización del mismo en la sociedad. Es importante dar cuenta de los aspectos esenciales del trastorno para poder generar mayores niveles de inclusión en los diversos ámbitos y espacios recorridos por el niño/a y las personas que lo rodean.

En la actualidad no hay consenso único para la explicación del autismo, sino que existe heterogeneidad etiológica. Sin embargo, actualmente, algunas de sus principales líneas de comprensión e intervención se orientan hacia enfoques psicobiológicos (principalmente genéticos) en la que se supone una alienación cualitativa cerebral. Para Muller (2007) los TEA tienen una etiología distributiva, en las que se van relacionando factores genéticos y ambientales que interactúan continuamente con la actividad neuronal y las respuestas a los estímulos ambientales (Manual de Psiquiatría del niño y el adolescente, 2010).

A nivel personal, dicho tema me despierta interés, ya que, me motiva la idea de poder ampliar mis conocimientos sobre el TEA. Por consiguiente, seleccioné el formato monográfico para el presente trabajo, ya que me permite hacer un estudio más exhaustivo del tema en cuestión. Además, considero de vital importancia poseer como futura profesional de psicología conocimiento sobre el trastorno para poder brindar herramientas más eficaces y oportunas a la hora de intervenir. Considero esta monografía como un paso inicial en el camino de una formación especializada que me permita el trabajo de niños con TEA entendiendo la alta complejidad del trastorno.

La elección del enfoque cognitivo para abordar dicho tema, radica en la materia “Dispositivos Psicoterapéuticos”, la cual me permitió acercarme al enfoque cognitivo-conductual, resultandome de sumo interés para abordar esta temática. Por otra parte, considero al abordaje cognitivo-conductual como un modelo valioso y sustentado científicamente en el tratamiento del sufrimiento psíquico.

Diversas teorías han abordado al TEA la perspectiva biológica, psicoanalítica, intersubjetiva, cognitiva y psicodinámica. Cabe aclarar que este trabajo no pretende desmerecer ninguna de las anteriores, ya que todas tienen su significancia y aporte para la comprensión y el tratamiento del sufrimiento psíquico. No obstante, el presente trabajo apunta y hace énfasis en el enfoque cognitivo. Seleccioné dicho enfoque, ya que aporta conocimiento acerca de la cognición y adquisición del procesamiento de la información y del

estudio de los procesos mentales involucrados para la apropiación del conocimiento. Desde el enfoque cognitivo el autismo es consecuencia de un déficit biológico y cognoscitivo, lo cual genera un déficit en el lenguaje, en la interacción social y en la conducta (Echeverry, 2010). Tal enfoque, provee herramientas de intervención para el desarrollo de estas capacidades.

Asimismo, me interesa discutir la sintomatología del TEA desde el enfoque cognitivo; en el marco de esta perspectiva vislumbro diversas interrogantes a considerar. ¿Cómo se desarrollan las conductas en los niños con autismo?, ¿Cómo procesan la información? ¿Cómo adquieren las habilidades sociales y conductuales?, ¿Cuales son los signos de alarma en el desarrollo?, ¿Cómo se explica el TEA desde el enfoque cognitivo?, ¿Qué modelos conceptuales provee el enfoque cognitivo, y cuáles son las investigaciones en las cuales se sustentan los mismos? ¿Cuales son las herramientas de intervención existentes desde esta perspectiva?

Respecto al trabajo, en el primer capítulo se realiza un recorrido histórico de la conceptualización de la temática y una discusión conceptual desde una perspectiva psiquiátrica. En el segundo capítulo se realiza una introducción de la Psicología Cognitiva y se desarrollan sus aportes para el desarrollo mental. En el tercer capítulo, se presenta al TEA desde el enfoque cognitivo, a través de las distintas teorías en la que se enmarca dicha perspectiva: Teoría de la Mente, Baron-Cohen, Leslie y Fritz (1985), Teoría de la Coherencia Central, Ulta Frith (1989) y Teoría de las Funciones Ejecutivas, Ozonoff et.al (1991). Dicho capítulo desarrolla cada una de estas teorías, su relación con el TEA y los diversos estudios que sustentan a las mismas.

Para finalizar, es de vital importancia entender y conocer el desarrollo de los niños con TEA, considerar la detección precoz y la intervención temprana como el mejor tratamiento a corto, mediano y largo plazo. Se exponen en el trabajo las distintas señales de alarma que se observan en el desarrollo temprano de los niños/as, las principales evaluaciones específicas para el autismo que colaboran para un diagnóstico de TEA y los diversos tratamientos cognitivos-conductuales que proveen herramientas de intervención para dicho trastorno.

Capítulo 1

TEA: Recorrido histórico y evolución conceptual desde una perspectiva psiquiátrica

En este primer capítulo es oportuno presentar al Trastorno del Espectro Autista. Para ello, en una primera instancia, haré un recorrido histórico que entrevé el surgimiento de la noción de autismo y las diferencias de nomenclatura existentes desde la perspectiva psiquiátrica, asimismo, presentaré en este apartado una discusión conceptual de la temática.

1.1 Psicosis y Autismo

Fue Eugen Bleuler en 1911 quien desarrolló el término autismo para describir a personas con esquizofrenia, ya que consideraba que habían perdido el contacto con la realidad. Posteriormente, en 1943 el pediatra Leo Kanner trabajó con 11 niños entre los 2 y 8 años de edad que tenían en común patrones únicos como conductas de alejamiento social, obsesividad, estereotipias y ecolalia. Kanner (1943) mantuvo el término autismo para definir el alejamiento de la realidad de sus pacientes pero lo excluye del cuadro de esquizofrenia (Hervás y Sánchez, s/f).

Por otra parte, Herlyn (2017) refiere que por esa misma época otro pediatra, Hans Asperger, efectuaba observaciones similares. Sin embargo, la autora plantea que la obra de Hans Asperger escrita en alemán no tuvo gran difusión hasta que en los años 80' Lorna Wing (1983) traduce su obra al inglés y con ello introduce la nomenclatura de Trastorno de Asperger. En sus descripciones resaltan:

- 1: Falta de empatía
- 2: Poca habilidad para hacer amigos
- 3: Conversaciones sin reciprocidad, a la manera de monólogo
- 4: Intensa absorción en intereses especiales
- 5: Movimientos torpes

6-. Comportamiento cuál "pequeños profesores"; hace referencia a su gran capacidad para hablar acerca de sus intereses especiales.

Por tanto, el término autismo quedó definido a partir de Kanner (1943), para la conceptualización de la triada que señalara Lorna Wing (1983) como sus principales problemas: en la relación social, alteraciones en la comunicación, el lenguaje y aspectos restringidos de intereses. De esta forma es clara su distinción con el término de autismo

descrito por Eugen Bleuler (1911) para quien equivalía a la condición de ensimismamiento observada en la psicosis (Herlyn, 2017).

Siguiendo a Hervás y Sánchez, los autores manifiestan que en el DSM -I (APA, 1952) y DSM- II (APA, 1968) comienza la confusión de autismo con psicosis, ya que consideraban al autismo como parte del cuadro de psicosis, por lo tanto, las reacciones psicóticas en niños que manifestaban primariamente autismo eran clasificadas bajo el término de “esquizofrenia”. Además, durante muchos años el autismo se estudió dentro de las psicosis tempranas de la infancia. Tradicionalmente se consideraba psicosis de la infancia de inicio temprano y de inicio tardío. El punto de inflexión era los 6 años (edad de ingreso escolar) (Herlyn, 2017).

1.2 Trastorno generalizado del desarrollo

Es en el DSM III (APA,1980), que se plantea el término por primera vez de “Trastornos generalizados del desarrollo” para describir trastornos con características en alteraciones del crecimiento implicadas en el desarrollo de habilidades sociales y del lenguaje (atención, percepción, conciencia de la realidad y movimientos motores). Asimismo, la principal aportación del DSM III (APA,1980) fue diferenciar definitivamente el autismo de los trastornos psicóticos (Hervás y Sánchez, s/f). Por consiguiente, siguiendo a Álvarez (2007) en su trabajo de revisión, la autora plantea que los trastornos generalizados del desarrollo son problemas neuropsiquiátricos cuyas primeras manifestaciones aparecen previamente a los 3 años de edad y perduran durante toda la vida.

A lo largo de los años, el Síndrome de Asperger y el trastorno autista se han visualizado como entidades separadas. Por consiguiente, Herlyn (2017) plantea que el Trastorno de Asperger compartió con el Trastorno Autista la inhabilidad social, no obstante, el lenguaje y el cociente intelectual deben encontrarse dentro de los límites normales para que pueda ser diagnosticado. Es por tal que deviene el interrogante acerca de la existencia de una clara diferencia entre ambos cuadros o la posibilidad de considerar el Asperger como una forma de autismo de alto funcionamiento.

1.3 Abordaje Dimensional. Trastorno del Espectro Autista. DSM-5 (AAP 2014)

Posteriormente, en el DSM-5 (AAP,2014) hay un cambio en la nomenclatura respecto al criterio diagnóstico del autismo. Se expulsa el término Trastorno generalizado del desarrollo y se ubica al “Trastorno del Espectro Autista” dentro de los Trastornos del Neurodesarrollo (Herlyn, 2017). La noción de espectro involucra diferentes matices que

implican una misma red causal. En este término el espectro autista quedaría definido por dos dimensiones: el dominio de la afectación de la comunicación-interacción social y el dominio de los intereses restringidos y/o conductas repetitivas (Herlyn, 2017).

Siguiendo al DSM-5 (AAP, 2014) los Trastornos del Neurodesarrollo son un grupo de afecciones que tienen su inicio en el periodo del desarrollo. De acuerdo al manual los trastornos se manifiestan normalmente de manera precoz en el desarrollo y se caracterizan por un déficit del desarrollo que produce deficiencias de funcionamiento social, personal, académico u ocupacional.

A continuación expondré los criterios diagnósticos del Trastorno del Espectro Autista expuestos en el Manual estadístico y de diagnóstico de trastornos mentales 5^a ed.; DSM-5 (2014), para tener un panorama más exhaustivo y preciso de la sintomatología en cuestión.

Criterios Diagnósticos

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

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

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

3. Las deficiencias en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones, varían, por ejemplo, desde dificultades para ajustar el comportamiento en diversos contextos sociales pasando por dificultades para compartir juegos imaginativos o para hacer amigos hasta la ausencia de interés por otras personas.

Especificar la gravedad actual: La gravedad se basa en deterioros de la comunicación social y en patrones de comportamiento restringidos y repetitivos (véase la tabla 2).

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

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

2. Insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad de rutinas, o patrones ritualizados de comportamiento verbal o no verbal (p. ej. gran angustia frente a cambios pequeños, dificultades con las transiciones, patrones de pensamiento rígidos, rituales de salud,

necesidad de tomar el mismo camino o de comer los mismos alimentos cada día.

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

4. Hiper— o Hiporeactividad a los estímulos sensoriales del entorno (p. ej.; indiferencia aparente al dolor y la temperatura, respuesta adversa a sonidos o texturas específicos, olfateo o palpación excesiva de objetos, fascinación visual por las luces y el movimiento).

Especificar la gravedad actual: La gravedad se basa en deterioros de la comunicación social y en patrones de comportamiento restringidos y repetitivos (véase la tabla 2).

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

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

E) Estas alteraciones no se explican mejor por la discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o por el retraso global del desarrollo. La discapacidad intelectual y el trastorno del espectro del autismo con frecuencia coinciden; para hacer diagnóstico de comorbilidades de un trastorno del espectro del autismo y discapacidad intelectual, la comunicación social ha de estar por debajo de lo previsto para el nivel general del desarrollo.

(Manual Estadístico y de

Diagnóstico de Trastornos Mentales 5^a ed.; DSM-5, 2014 ,pp 50-51).

Capítulo 2

Introducción a la Psicología Cognitiva

El presente capítulo abordará como temática principal la psicología cognitiva para tener un mayor conocimiento y entendimiento que nos permita pensar el Trastorno del Espectro Autista desde un enfoque cognitivo. En un principio se realiza un recorrido histórico del surgimiento de dicha perspectiva, siguiendo se abordan las implicancias y distintos aportes que tiene la psicología cognitiva para el desarrollo.

2.1 El origen de la Psicología Cognitiva

Se considera al científico alemán Wilhelm Wundt a fines del siglo XIX (se establece la fecha 1879 como origen de la psicología debido a la creación de su laboratorio) como el fundador de la psicología ya que, fue el primero en estudiar la mente a través del método científico. El objetivo principal de dicho autor, era estudiar el conocimiento y la consciencia humana proponiendo para ello el método introspectivo. La introspección se definió como la autoobservación experimental, un método en el cual las personas intentan seguir el flujo de sus pensamientos cuando hacen distintas tareas, mientras que el psicólogo mide los tiempos de reacción, las asociaciones o procesos expuestos por el participante durante el experimento (Vazquez; Ruiz y Apud, 2016).

El trabajo de Wundt, dio sus frutos y la psicología como ciencia empezó a expandirse, fueron dos grandes vertientes que se dieron en el mundo respecto a ello. En EE.UU el introspeccionismo de Wundt no funcionaba para el estudio de la conciencia y los procesos mentales. Por ello surge y es bienvenido el libro (*La Psicología según un conductista*) de Watson en 1913. En dicho libro se corresponden pasajes anti introspección y se concibe como principal supuesto un foco directamente en lo observable, ya que, consideraba que la mente, la conciencia ni ningún proceso mental no eran medibles, por no ser observables a través de la conducta (Vazquez et.al, 2016).

Por otra parte, en Europa paralelamente a lo que sucedía en EE.UU, los caminos del estudio de la mente fueron distintos. En francia un fuerte interés por el concepto de inteligencia llevó a estudiar el desarrollo cognitivo durante la infancia. Asimismo, este interés estuvo fuertemente vinculado a Alfred Binet, quien es considerado el padre de los tests de inteligencia. Por consiguiente, las escalas populares de inteligencia como la Stanford-Binet o las escalas de Weschler, que miden el coeficiente intelectual, están

basadas en la escala inventada en Francia por Binet para su aplicación en contextos educativos y selección de profesionales. Asimismo, en esta época se destacan las contribuciones de Jean Piaget en el desarrollo infantil de los procesos cognitivos; de Paul Fraise en el área de la atención, del tiempo y de la percepción, bajo un paradigma experimental y de Henri Wallon en el desarrollo de la inteligencia en el niño y cómo esta es influenciada por el medio. La investigación en Francia fue esencialmente cognitiva en la primera mitad del siglo XX y este clima colaboró con la creación del productivo centro de epistemología genética en 1955, dirigido por Piaget, considerado como el primer centro formalmente destinado al estudio de los procesos cognitivos y de la inteligencia humana (Vazquez et.al, 2016).

Revolución Cognitiva: la estabilización de una subdisciplina que se autodenominó Psicología Cognitiva

Las críticas realizadas dentro del conductismo en EE.UU, las provenientes de otras disciplinas, así como el progresivo desarrollo de la informática, llevan a consolidar el surgimiento de las ciencias cognitivas. Con la decadencia del conductismo en EE.UU, surge un cambio de paradigma, el cual se ha dado a llamar Revolución Cognitiva, por la velocidad con lo que los eventos se sucedieron y la batalla que aquellos académicos tuvieron que dar frente a lo establecido en EE.UU desde entonces, mayormente conductista (Vazquez et.al, 2016).

La crisis del conductismo y la revolución cognitiva que sucedió en EE.UU, tuvo un impacto muy grande para consolidar una subdisciplina que se autodenominó Psicología Cognitiva. Es a partir de la revolución cognitiva que se concibe a la psicología cognitiva como una subdisciplina dentro de la psicología que se encarga de los procesos relacionados con la elaboración del conocimiento, la forma en la que percibimos, en la que almacenamos la información, en la que aprendemos, en la que razonamos y fijamos la atención, además, se ocupa de la forma en que nos comunicamos, entre otros procesos cognitivos (Vazquez et.al, 2016).

En relación al modelo cognitivo, Beck (2000) propone que todas las perturbaciones psicológicas tienen en común una distorsión de pensamiento, que influye en el estado de ánimo y en la conducta. Se plantea que una evaluación realista y la consiguiente modificación del pensamiento, produce una mejoría en los estados de ánimo y comportamiento. Además, si esta mejoría permanece resulta de la modificación de las creencias disfuncionales subyacentes.

2.2 Aportes de la Psicología Cognitiva en el desarrollo

Es de vital importancia, considerar en este apartado a Urbano y Yuni (2005) y a Piaget (1994), para desarrollar los aportes de la psicología cognitiva respecto al desarrollo cognitivo e intelectual.

Aportes del Desarrollo Cognitivo e Intelectual

La estructura cognitiva se asienta en una base neurocerebral especializada del Sistema Nervioso Central (SNC), que acomoda su organización estructural y funcional en respuesta a los acontecimientos del medio, procesos internos de control y autorregulación (Urbano y Yuni, 2005).

Los autores Urbano y Yuni, (2005) plantean que el sujeto, es un sujeto activo, por tal, un agente transformador, de las eventualidades a las que está expuesto y un mediador cultural, dentro de un medio social y ecológico.

Desde este enfoque activo, el sujeto aprehende de los contextos en los que se desenvuelve, “crea” las estructuras cognitivas primarias conformando, así, un cúmulo de habilidades para captar el mundo, procesarlo y sintetizarlo dentro de una identidad psicológica particular e histórica, que le permite al sujeto realizar y realizarse (Urbano y Yuni, 2005). La facultad de conocer y de desencadenar adquisiciones de conocimiento se transforma en una experiencia de aprendizaje. El aprendizaje desde esta perspectiva implica una acción intelectual. Dicha acción supone una adaptación de la estructura de conocimiento, luego de que se ha producido la asimilación del material cognoscitivo y la acomodación de la estructura cognitiva previa (Urbano y Yuni, 2005). Estos autores sostienen que la adquisición de conocimientos y el desarrollo intelectual no pueden reducirse a simples respuestas del sujeto a acontecimientos del entorno, sino que constituyen interacciones, en los que necesariamente intervienen procesos mentales. Desde este punto de vista, el desarrollo intelectual y cognitivo, implicaría la disponibilidad de estructuras y mecanismos para aprender (Urbano y Yuni, 2005).

Considerando a Piaget (1964), sostiene que el desarrollo de la estructura intelectual supone una construcción progresiva que se produce entre el sujeto y su medio. Esta construcción progresiva se articula en “estadios” o “períodos” que suponen un orden de sucesión constante. Por consiguiente, las operaciones mentales derivan de la interacción que se produce entre el sujeto y su entorno. En dicha interacción el sujeto incorpora, es decir, asimila a su estructura intelectual y cognitiva los objetos del mundo externo y los transforma en objetos de conocimiento a través de una acción. A partir de esta incorporación de “nuevos” contenidos el sujeto acomoda su estructura mental, que a su

vez, es transformada por la incorporación de estos objetos de conocimiento. Es por tal, que Piaget, define a la inteligencia como el equilibrio entre los mecanismos de asimilación y acomodación al que tienden las estructuras (Urbano y Yuni, 2005). Para este autor, el desarrollo es un progresivo equilibrarse, un paso perpetuo de un estado menos equilibrado a un estado superior de equilibrio (Piaget, 1994). En tal sentido, la inteligencia no es una capacidad innata, sino que es resultado de la complejización de las funciones superiores producidas por las demandas cognitivas que genera la interacción entre el sujeto y el medio. La asimilación le permite al sujeto incorporar los objetos de conocimiento a su estructura cognitiva, a sus esquemas previos, en un proceso activo mediante el cual el individuo cambia la realidad que conoce a través de la acción (mental o material). La acomodación por tal, le permite al individuo transformar su estructura cognitiva, sus esquemas, para poder incorporar los objetos de la realidad a ella (Urbano y Yuni, 2005). Para Piaget (1994), es preciso pensar la asimilación y la acomodación como procesos simultáneos e indisolubles, en tanto operan en una cognición viva. La adaptación cognoscitiva, se produce cuando la asimilación y la acomodación constituyen un equilibrio.

En definitiva los autores plantean, que el curso vital del desarrollo intelectual y cognitivo no puede entenderse como un componente aislado, sino que está interrelacionado y es interdependiente de las características del entorno socio-cultural, de la personalidad, las emociones y capacidades intelectuales de cada persona (Urbano y Yuni, 2005). Es de suma importancia, que durante el curso vital los sujetos requieran para su desarrollo intelectual y cognitivo que el contexto en donde se desenvuelven, proponga e imponga una serie de recursos y demandas, que promuevan e incentiven el funcionamiento cognitivo, facilitando el uso de las capacidades y destrezas mentales aprendidas. Las capacidades cognitivas de cada sujeto (en todas las edades), dependen de los recursos intelectuales adquiridos en momentos anteriores del curso vital, de los medios que se le ofrecen y del deseo del sujeto de apropiarse de ellos (Urbano y Yuni, 2005).

Capítulo 3

El Trastorno del Espectro Autista desde el enfoque cognitivo

En la siguiente sección postulo diferentes teorías que se basan en explicar los déficits cognitivos del autismo desde un enfoque cognitivo. En primera instancia, describo la denominada “Teoría de la Mente”, ya que, es la más reconocida y principal desde este enfoque. Asimismo, desarrolló en este capítulo, la “Teoría de la Coherencia Central” y de las “Funciones Ejecutivas”, como otros aportes que hacen a este enfoque cognitivo para explicar los déficit cognitivos, sociales y conductuales en el autismo.

3.1 Teoría de la Mente

Los orígenes de la Teoría de la Mente en relación al TEA

El término Teoría de la Mente fue acuñado por dos etólogos, denominados David Premack y Guy Woodruff en 1978, cuando realizaron investigaciones experimentales con chimpancés con el fin de explorar si poseían una teoría de la mente (Barbolla y Villamisar, 1993). Asimismo, a raíz de estos estudios, se refieren a la teoría de la mente como la capacidad de atribuir estados mentales y predecir el comportamiento de otros, se constató que los chimpancés poseen una teoría de la mente, ya que son capaces de comprender las intenciones de las personas y anticipar sus acciones. Posterior a estos experimentos, la ciencia cognitiva comienza sus estudios en seres humanos (Aguirre, 2013).

Un grupo de investigadores de la Universidad de Londres liderados por Baron-Cohen; Leslie y Frith en 1985, postulan que todos los niños autistas tienen en común un déficit cognitivo específico, que es responsable de los déficits nucleares en el autismo. Este déficit consiste en la incapacidad de los niños autistas para tener una Teoría de la Mente, es decir, la incapacidad para predecir y explicar la conducta de otros seres humanos en términos de su estado mental (Barbolla y Villamisar, 1993).

Desde el enfoque cognitivo, la Teoría de la Mente es un modelo explicativo del autismo, que afirma que es consecuencia de un déficit en la capacidad de atribuir estados mentales a los otros (deseos, intenciones, creencias, etc) y de diferenciarlos de los estados mentales propios. Por tanto, los estudios en Psicología Cognitiva postulan que el autismo estaría provocado por un déficit biológico y cognitivo (Echeverry, 2010).

Presupuestos Psicológicos de la Teoría de la Mente

Considerando a Leslie (1987), plantea que la ficción (o más comúnmente llamado Juego Simbólico) puede entenderse como precursora de la Teoría de la Mente, ya que, existe una semejanza entre la lógica que se basan las atribuciones mentalistas y los actos de crear ficciones. La autora argumenta que la capacidad para la simbolización tiene su origen en un mecanismo psicológico primitivo, de maduración relativamente tardía, que da origen a la Teoría de la Mente (Barbolla y Villamisar, 1993).

La teoría de Leslie (1987) es relevante para el autismo porque tanto el juego de ficción como la capacidad mentalista, presentan deficiencias en los niños autistas (Barbolla y Villamisar, 1993).

Por consiguiente, Leslie (1994) plantea que el proceso de maduración neurológica proporciona al niño tres mecanismos de dominio específico, adecuados para interactuar con objetos animados e intencionales e inanimados. El primer mecanismo se refiere a la Teoría del Cuerpo, la cual se desarrolla alrededor del primer año y ayuda al niño a reconocer que las personas tienen una fuente de energía que les permite moverse por sí mismos. El segundo y tercer mecanismo, refiere a la Teoría de la Mente, que presenta dos componentes: el primero madura al final del primer año, le permite al niño entender que las personas están en contacto con el entorno y buscan alcanzar metas; el segundo componente, empieza a desarrollarse en el transcurso del segundo año de vida, a través de este, el niño tiene la capacidad de representar actitudes proposicionales o estados intencionales, tales como sentir, fingir, imaginar, desear, etc. Además, es una expresión de este módulo el juego simbólico (Echeverry, 2010).

Asimismo, Baron-Cohen (1995), profundiza tres mecanismos cognitivos de la comprensión, durante el primer año de vida a tener en cuenta: 1) Detector de la intención, en la cual el sujeto se relaciona con el objeto en términos de un deseo; 2) Detector de la dirección de la mirada entre objeto y sujeto; 3) Atención conjunta, donde hay una interrelación entre el sujeto y el objeto (Echeverry, 2010). En esta línea, Karmiloff-Smith (1994), considera que existe un módulo innato específico para el desarrollo de la psicología natural, tal como plantean Baron-Cohen (1995) y Leslie (1994), no obstante, lo visualiza como un proceso gradual. Es decir, que la Teoría de la Mente no tiene que estar reflejada en un módulo encapsulado y genéticamente especificado, sino que es resultado de la influencia del contexto socio-cultural, en el que se desenvuelve el niño (Echeverry, 2010).

Por otra parte, la ausencia de una Teoría de la Mente da sentido al inconexo de síntomas conductuales en el autismo. Por consiguiente, lo que podría presentarse como un

déficit en el lenguaje, se comprende mejor como un problema de la semántica de los estados mentales. De igual forma, lo que parece un *problema en la relación afectiva*, puede comprenderse de la incapacidad de tener mente, por lo tanto de sentir, pensar, creer o saber de forma distinta a como piensan, saben o sienten los demás. Asimismo, lo que suele presentarse como un *problema en la competencia social*, se explica en la insuficiencia del aprendizaje de las normas sociales, si el niño no tiene la capacidad de “leer entre líneas” los pensamientos de los demás. En síntesis, los *déficit sociales* de los niños autistas pueden ser explicados por la incapacidad de comprender estados mentales, lo cual es de crucial importancia en las relaciones afectivas y comunicativas (Barbolla y Villamizar, 1993).

La carencia en la atención compartida entre los niños autistas y sus madres es uno de los índices más precoces en el autismo. Este déficit ocasiona que los niños menores de edad no muestren ni señalen las cosas que les atraen. Además, debido a esta carencia los niños con autismo suelen tener monólogos interminables sobre temas que no interesan lo más mínimo a sus interlocutores. De esta forma, también se entiende el escaso contacto ocular, por su incapacidad de aprender el lenguaje de los ojos y por no comprender las señales que se asocian a ciertos estados mentales (Barbolla y Villamizar, 1993).

Tanto la evitación del contacto social, como el carácter inadecuado de muchas aproximaciones sociales, pueden explicarse por la carencia de una Teoría de la Mente; ambas características se debe a que no comprende lo que piensan, sienten o desean las otras personas. La comunicación falla como consecuencia inevitable de esta deficiencia (Barbolla, A y Villamizar, G, 1993, p.18).

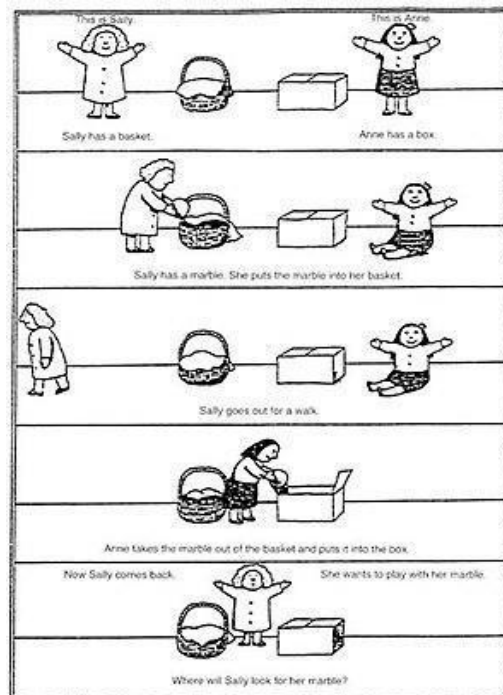
Estudios sobre la Teoría de la Mente

Para comprender mejor dicha Teoría, es necesario considerar las investigaciones de Baron-Cohen, Leslie y Fritz (1985), ya que fueron los primeros en centrar sus estudios en el autismo y desarrollar la prueba de Sally y Anne con niños normales, autistas y con Síndrome de Down. La prueba experimental se denomina “Falsa Creencia” (Aguirre, 2013).

El estudio consiste en una historia de muñecas que se le presenta al niño, una vez explicada, se le pide que señale dónde buscará Sally su pelota. Si el niño responde que Sally, buscará en su canasto, él puede comprender que ella tiene una creencia distinta a la suya y por tanto falsa, por lo cual podemos decir que ha desarrollado una Teoría de la Mente, sin embargo, si el niño contesta que Sally buscará en la caja de Anne, es porque

no puede comprender que Sally no ha visto que Anne cambió la pelota a su caja, en este caso el niño no ha desarrollado una Teoría de la Mente (Aguirre, 2013).

El resultado del estudio proporciona una hipótesis preliminar de que en el autismo hay un fallo en el desarrollo de una Teoría de la Mente, simultáneamente los datos del grupo control revelan que el déficit es específico del autismo y no el resultado de un retraso del desarrollo general e independiente de un posible retraso mental (Aguirre, 2013).



(Baron-Cohen, Leslie y Frith, 1985)

Howlin (2008) cita en su artículo un estudio no publicado Read (1996), donde se prueba que las personas con TEA dan más importancia a las claves físicas que a las claves sociales. El estudio se constituye de tres grupos de adultos jóvenes con Autismo, Esquizofrenia y desarrollo típico, igualados en edad y coeficiente intelectual. Se le presenta una serie de historias ilustradas que implican situaciones sociales, difíciles o problemáticas. Las personas con TEA tenían más en cuenta las claves físicas (por ejemplo, observaban más los objetos de las historias) y respondían menos en función del contexto social de la historia (Aguirre, 2013).

El grupo de Baron-Cohen (1999) propuso un nuevo test para la valoración de la sensibilidad social, que permitía diferenciar la ejecución de niños normales, de la ejecución de niños de 7 a 11 años, afectados por el Síndrome de Asperger. Esta prueba evalúa la capacidad de comprender el significado no literal de las aseveraciones y la capacidad de

empatía (ponerse en el lugar del otro) con los protagonistas de la historia (Aguirre, 2013). Una de las historias es la siguiente:

“Julia compró a su amiga Esther un jarrón de cristal como regalo de bodas. Esther hizo una gran boda y había tal cantidad de regalos que le fue imposible llevar la cuenta de qué le había regalado cada invitado. Un año después, Julia estaba cenando en casa de Esther. A Julia se le cayó una botella de vino sin querer sobre el jarrón de cristal y éste se hizo añicos. ‘Lo siento mucho. He roto el jarrón’ dijo Julia. ‘No te preocupes, dijo Esther, nunca me gustó; alguien me lo regaló por mi boda.’” (Tirapu-Ustárrroz et al, 2007 p. 482, citado en Aguirre, R, 2013,p.15).

Al finalizar se le pregunta al niño: ¿Ha dicho alguien algo inoportuno?. Los resultados muestran que las puntuaciones eran más altas en los niños de 11 años y que las calificaciones fueron mayores para las mujeres que los varones (Aguirre, 2013).

Asimismo, Baron-Cohen avanza en sus estudios y en el año 2001, crea el test de la mirada, que valora el reconocimiento de las emociones y sentimientos. Esta prueba consiste de 28 fotografías para niños y 38 para adultos, en la que se observaba la mirada de personas que expresan un sentimiento o pensamiento. Cada fotografía cuenta con cuatro respuestas posibles que aparecen en la pantalla y el individuo debe elegir la más adecuada. Se constata que los adultos con Autismo o Síndrome de Asperger, puntuaban bajo en el test (Aguirre, 2013).

Los distintos estudios expuestos anteriormente nos han demostrado que la Teoría de la Mente nos permite: sintonizar con la mirada del otro; comprender estados mentales y predecir el comportamiento de los demás; superar la literalidad de los comportamientos sociales para comprender ironías, bromas, mentiras, etc; comprender las claves sociales; reconocer emociones y sentimientos de otras personas en sus expresiones faciales y empatizar con el otro (Aguirre, 2013).

3.2 Teoría de la Coherencia Central

La coherencia central es una característica del procesamiento de la información que permite integrar la información diversa del contexto para elaborar representaciones significativas globales, por lo tanto proporciona la coherencia perceptiva y conceptual en dominios tanto verbales como visuales (Crespo y Narbona, 2011).

Ulta Frith (1989) fue una de las pioneras en investigar la Teoría de la Coherencia Central en el TEA. Dicha autora sugiere que en los niños con autismo, se evidencia una falta de coherencia central que puede explicar algunos de los déficit no explicados por la

teoría de la mente. Considerando esta teoría, las personas con autismo tienen ventajas significativas en aquellas tareas en las que es útil un procesamiento preferente de las partes sobre el todo. Sin embargo, manifiestan desventajas considerables en las que requieren una interpretación de los elementos individuales en función del contexto y del significado global (Crespo y Narbona, 2011).

Es un ejemplo interesante el procesamiento de caras: no tienen problemas para procesar rasgos faciales, pero sí para reconocer la expresión emocional, siendo necesario un procesamiento global de los rasgos (Crespo y Narbona, 2011).

Frith (1989) propone que el autismo se caracteriza por un estilo cognitivo en el que la coherencia central es débil. La particularidad de este estilo cognitivo según la autora, es que los niños con autismo no integran la información en su contexto, sino que preferentemente visualizan diferentes elementos de información, ya sean verbales o visuales, de forma aislada (Lopez y Leekam, 2007).

Siguiendo a Unzueta y Garcia (2012) el modelo de la coherencia central ha sugerido que los sujetos con TEA muestran diferencias significativas en la forma en la que procesan a nivel cortical toda la información que perciben por medio de los sentidos. Dicho procesamiento se caracteriza por una incapacidad para integrar la totalidad de la información percibida, ocasionando que estas personas no puedan construir un contexto general de las situaciones ni atribuirles un sentido a las mismas. Dicha dificultad explicaría el inadecuado comportamiento que presentan los autistas en contextos sociales, por su incapacidad de construir el contexto en las situaciones que se les presenta. Por consiguiente, les es imposible comprender las reglas sociales y las consecuencias de los actos (Unzueta y Garcia, 2012).

Supuestos de la Teoría de Coherencia Central

Siguiendo a Lopez y Leekam (2007) en un primer lugar, se asume que la coherencia central es un mecanismo central, por tanto, se prevé que si existen dificultades de integración conceptual, las personas con autismo tendrán dificultades al momento de integrar información tanto en contextos visuales como verbales.

Por otra parte, se asume que la tendencia que muestran las personas con autismo para atender partes de un objeto, también denominado “sesgo local”, es reflejo de una incapacidad para procesar estímulos visuales de forma integrada. No obstante, la presencia de un sesgo local no prueba ni garantiza la existencia de un déficit en la capacidad de procesar globalmente patrones visuales (Lopez y Leekam, 2007).

Por último, se presume que existe un componente central del sistema cognitivo que se encarga de integrar información en contexto, ya sea contexto visual o verbal, y al mismo tiempo de integrar patrones visuales (Lopez y Leekam, 2007).

Estudios sobre la coherencia central

Los estudios más significativos en relación a esta teoría, corresponden a Uta Frith quien en los años 70' elaboró una serie de experimentos diseñados específicamente para demostrar que las personas con autismo tienen dificultades en tareas que requieran la integración de elementos (Lopez y Leekam, 2007).

Por consiguiente, en un primer estudio Frith (1970) presentó una serie de abalorios de colores que seguían aproximadamente un patrón (rojo, verde, rojo, verde, verde, rojo, verde, rojo, verde), la tarea de los niños/as consistía en copiar exactamente la secuencia de abalorios presentados. Los resultados mostraron que los niños sin autismo tendían a exagerar el patrón general al copiar la secuencia, alternaban un abalorio de cada color (rojo, verde, rojo, verde, rojo, verde, rojo, verde, rojo). Sin embargo, los niños con autismo cometieron errores que mostraron estar más influenciados por los últimos abalorios de la secuencia y no por el patrón global (tendían a repetir o alternar el último elemento de la secuencia) (Lopez y Leekam, 2007). Asimismo, Frith (1970) presentó en otro estudio una versión acústica en la que se presentaban sonidos en vez de abalorios, tal estudio evidenció resultados similares. En definitiva, estas investigaciones indican que las personas con autismo tienen un estilo cognitivo muy característico que tiende a procesar la información de forma aislada, y a ignorar la información global (Lopez y Leekam, 2007).

En otro estudio Frith y su colega Snowling (1983) presentaron frases que contenían palabras ambiguas (con dos significados) a una muestra de niños con autismo y encontraron que estos niños tenían dificultades al momento de elegir el significado correcto según el contexto. En este mismo estudio Frith y Snowling, también encontraron que los niños con autismo (contrario que los niños en las muestras de control) tenían problemas para seleccionar la palabra que faltaba colocar en una oración. No obstante, la misma muestra de niños con autismo podía, sin dificultades, resolver tareas en las que sólo se necesitaba procesar palabras de forma aislada o información sintáctica (Lopez y Leekam, 2007).

Por otra parte en otro estudio, Tager-Flusberg (1991) presentó a una muestra de niños con autismo dos listas diferentes de palabras. Una lista contenía palabras de la misma categoría semántica, en este caso animales y la otra contenía palabras de diferentes categorías semánticas (vaso, azul, coche, libro). Mientras que los niños en las muestras de control recordaban más palabras de la lista de animales, los niños con

autismo recordaban más o menos el mismo número de palabras en ambas listas. En este estudio Tager-Flusberg concluyó que en el autismo existe una incapacidad para conectar palabras relacionadas semánticamente. Posteriormente, Jolliffe y Baron-Cohen (2001) presentaron en un estudio dibujos de escenas visuales a una muestra de adultos con autismo. Se les pidió que identificaran qué objeto en cada escena era incongruente con esa misma escena. Por ejemplo, en una escena de una playa aparecía una ardilla. Jolliffe y Baron-Cohen encontraron que los adultos con autismo, al contrario que la muestra de control, tenían problemas para identificar estos objetos que no correspondían a la escena (Lopez y Leekam, 2007).

Por consiguiente con el objetivo de investigar la posible discrepancia entre la capacidad de integración verbal y visual en el autismo, Lopez y Leekam (2003) realizaron un estudio utilizando el mismo procedimiento que Tager-Flusberg (1991), pero incluyendo una tarea visual. Asimismo, incrementaron el número de listas presentadas, de forma que además de las dos listas propuestas por Tager-Flusberg (de animales y otra de diferente categoría semántica) presentaron otra lista que contenía medios de transportes y su correspondiente lista de palabras no relacionadas (en total utilizaron 8 listas). Los resultados revelaron que no hay diferencias en la capacidad de utilizar información semántica en tareas visuales y verbales en autismo. Sin embargo, los resultados de este estudio arrojaron que los niños con autismo, (igual que la muestra de control) recordaban más elementos de las listas que contenían palabras u objetos de la misma categoría semántica que de las listas que contenían objetos y palabras que no estaban relacionadas. Por tanto, los niños con autismo fueron tan capaces como la muestra de control de utilizar información semántica para facilitar el recuerdo de las listas de palabras u objetos. Este es un resultado que no concuerda con las conclusiones de Tager-Flusberg (1991) ni con las predicciones de la teoría de la coherencia central (Lopez y Leekam, 2007).

Por otra parte, en relación a la integración de patrones visuales, un estudio arroja anomalías en la percepción facial en el autismo. Según Tanaka y Farah (1993), cuando percibimos una cara no solo percibimos los rasgos faciales individuales sino que también procesamos la información global de la cara. López, Donnelly, Hadwin y Leekam, (2004) utilizaron una tarea de percepción facial para evaluar el procesamiento global de caras en adultos y niños. El estudio consistía en presentar una cara seguida de dos estímulos. En la condición local, se presenta una cara seguida de dos rasgos, por ejemplo dos bocas (sólo una pertenece a la cara presentada con anterioridad). En la condición global, se presentan también dos rasgos, por ejemplo las mismas bocas (las bocas se presentan en el marco de una cara). Dichas caras son exactamente iguales, ya que el único rasgo que las distinguen es la boca. Los resultados evidenciaron que la muestra de control se beneficiaba del patrón global, es decir, reconocían mejor las caras enteras que los rasgos de forma

individual, los niños con autismo obtenían puntuaciones similares en las dos condiciones. Es decir, que no se beneficiaban de la presencia del patrón visual, lo que indica que no tienden de forma natural a procesar o utilizar la información procedente de la configuración de una cara. Estos resultados por tanto confirman las predicciones de la teoría de la coherencia central. No obstante, no se debe generalizar ya que la percepción de estímulos faciales es un tipo muy específico de procesamiento, lo que implica que la dificultad en esta tarea se deba a la naturaleza social de este estímulo y no a una incapacidad para procesar patrones visuales en general (Lopez y Leekam, 2007).

En definitiva a grandes rasgos estos estudios parecen indicar que existen dificultades en el autismo para integrar información en su contexto, al menos cuando los niveles de integración son complejos, por otra parte, consistentemente se ha encontrado una superioridad en autismo para fragmentar patrones visuales (Lopez y Leekam, 2007).

3.3 Teoría de las Funciones Ejecutivas

Según Martos y Perez (2011), las funciones ejecutivas se conforman por un constructo donde se almacenan diferentes funciones como la planificación, memoria de trabajo, inhibición y control de impulsos, cambio de foco atencional, flexibilidad, generatividad, iniciación y autorregulación de la acción.

Por otra parte, Ozonoff, Strayer, McMahon y Filloux (1994) definen las funciones ejecutivas como un constructo cognitivo que describe conductas dirigidas hacia una meta que se proyecta hacia el futuro, mediadas por el lóbulo frontal. Estas acciones de las funciones ejecutivas se desligan del entorno inmediato y del contexto externo para orientar la acción hacia representaciones mentales internas (Cabarcos y Simarro, 1999).

Por consiguiente, las funciones ejecutivas se sitúan en el lóbulo frontal del cerebro. La adquisición de las mismas se inicia en el desarrollo de manera temprana (aproximadamente desde el año de edad) se desarrolla lentamente, presentando dos picos a los 4 y a los 18 años de edad, luego se estabiliza y declina en la vejez. Por tanto, las funciones ejecutivas están alteradas cuando se produce un daño en el lóbulo frontal y en diversos trastornos que se relacionan con un déficit congénito en los lóbulos frontales (TEA, Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, Trastorno obsesivo-compulsivo, Síndrome de Tourette y esquizofrenia) (Martos y Perez, 2011).

Supuestos de la Teoría de las funciones ejecutivas

Siguiendo a Pennington y Ozonoff (1996), la hipótesis de la disfunción ejecutiva en el TEA se basa en la “metáfora frontal” que estudia las similitudes existentes entre

individuos que han sufrido lesiones en el lóbulo frontal y personas con autismo. Según Damasio y Maurer (1978) y Damasio y Anderson (1993), algunos de los síntomas relacionados con lesiones frontales son: ausencia de empatía, conductas estereotipadas, rutinas, intereses restringidos, pobre afectividad, reacciones emocionales repentinas e inapropiadas, conductas compulsivas, entre otros. No obstante, hay que tener en cuenta que en las características de cualquier trastorno neuropsicológico influyen múltiples variables como son la edad de aparición, la etiología, naturaleza, lateralidad de la lesión, etc. Estos factores dificultan establecer analogías directas entre el autismo y los pacientes con lesiones en el lóbulo frontal. Asimismo, Pennington y Ozonoff (1996) destacan que no todo mal rendimiento en tareas consideradas ejecutivas es consecuencia de lesiones frontales ni viceversa (Cabarcos y Simarro, 1999).

En relación a los déficits específicos en la función ejecutiva, Griffin, Pennington, Wehner y Rogers (1999) consideran que los individuos con TEA padecen una alteración grave y temprana de la planificación de comportamientos complejos que se origina por un déficit severo en la memoria de trabajo. Dicho déficit aparece en un momento muy temprano del desarrollo y no sólo afecta la planificación de la conducta, sino también la adquisición y el uso de conceptos que requieren integrar información en un contexto a lo largo del tiempo. Asimismo, Idiazábal y Boque (2007), Martos y Pérez (2008) plantean que la ausencia de empatía, la falta de espontaneidad, la pobre afectividad, las fuertes reacciones emocionales, la conducta estereotipada, las perseveraciones, los intereses restringidos, la creatividad limitada, las dificultades en la focalización de la atención y la poca habilidad para organizar sus actividades futuras, son otras de las alteraciones del lóbulo frontal que están presentes en los niños con TEA (Calderón, Congote, Richard, Sierra, y Vélez, 2012).

Estudios acerca de la disfunción ejecutiva en el TEA

El primer estudio acerca del rendimiento ejecutivo en personas con autismo fue realizado por Rumsey (1985), este estudio exploró la solución de problemas conceptuales y su relación con alteraciones socioadaptativas. Consistió de una muestra de 9 adultos con autismo de edades comprendidas entre los 18 y 39 años. Sus CI (coeficiente intelectual) globales eran superiores a 80 y fueron emparejados con un grupo control (de sujetos normales) respecto a la edad mental, cronológica y el nivel educativo. Dicha autora pretendía descubrir si las personas con autismo y sin retraso mental asociado, presentaban déficits evidentes similares a los vistos en pacientes frontales y si existía

alguna relación entre estos y las alteraciones sociales típicas del TEA (Cabarcos y Simarro, 1999).

Para dicho estudio, Rumsey utilizó dos mediciones: El Test de clasificación de tarjetas de Wisconsin (WCST) y la Escala de madurez social de Vineland. La primera prueba es una tarea neuropsicológica que se emplea para la detección de daños frontales, en la cual, el individuo debe descubrir una regla o criterio de clasificación subyacente en el momento de emparejar una serie de tarjetas que varían en función de tres dimensiones básicas (forma, color y número). Asimismo, para resolver es necesario adaptar las respuestas a los cambios en el criterio de clasificación a medida avanza la tarea con una serie de respuestas consecutivas correctas. El procedimiento de administración consiste en posicionar frente al sujeto las cuatro tarjetas alineadas horizontalmente. Posteriormente se le dan dos barajas idénticas de 64 cartas, y se le pide al sujeto que vaya emparejando cada tarjeta de las barajas con las imágenes clave. La tarea finaliza una vez completadas las seis categorías correspondientes a las dos barajas o cuando los dos mazos de cartas se terminan (Cabarcos y Simarro, 1999).

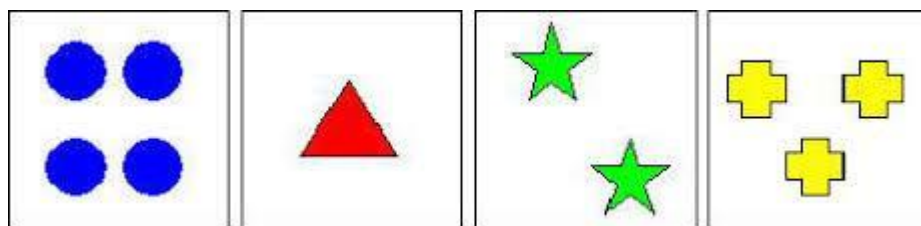


Figura 1. Las cuatro tarjetas criterio del WCST (adaptado de Heaton, 1981)

Según Cabarcos y Simarro (1999), los resultados demostraron diferencias significativas en el grupo autista y en el grupo control respecto al número de categorías completadas, número de errores y la tendencia en dar respuestas perseverativas, que se producían con independencia del CI. Por otra parte, no se halló relación entre estas medidas y los déficits sociales. De igual forma, parecía haberse demostrado la existencia de disfunciones ejecutivas en esta población clínica.

Por consiguiente, Ozonoff, Rogers y Pennington publican en 1991 una detallada investigación en la que pretendían averiguar hasta qué punto los déficits de percepción de emociones, teoría de la mente y función ejecutiva se daban en el autismo. Tales autores aceptan la idea de la existencia de un conjunto de déficits primarios como base del autismo y tratan de averiguar el papel de la tríada, objeto de análisis, en esa supuesta configuración. En dicha investigación se comparó a un grupo autista de 23 personas con un grupo control compuesto por 20 sujetos con dislexia, trastornos de aprendizaje, hiperactividad con déficit de atención y retraso mental ligero. Los rangos de edad oscilaban

entre 8 y 20 años y sus CI medios globales respectivamente eran de 89, 52 y 91,30. Para explorar la función ejecutiva usaron la prueba de Wisconsin y la torre de Hanoi, una tarea de planificación. La prueba de la torre de Hanoi consiste en presentarle al sujeto tres ejes verticales en el primero de los cuales están colocados otros tantos discos de diferente tamaño y color dispuestos de forma piramidal. El objetivo final es reproducir la configuración original transfiriendo los discos desde el primero de los ejes hasta el más alejado. Para lo anterior mencionado se debe tenerse en cuenta la restricción de que no pueden colocarse discos de mayor tamaño sobre los discos más pequeños (Cabarcos y Simarro, 1999).

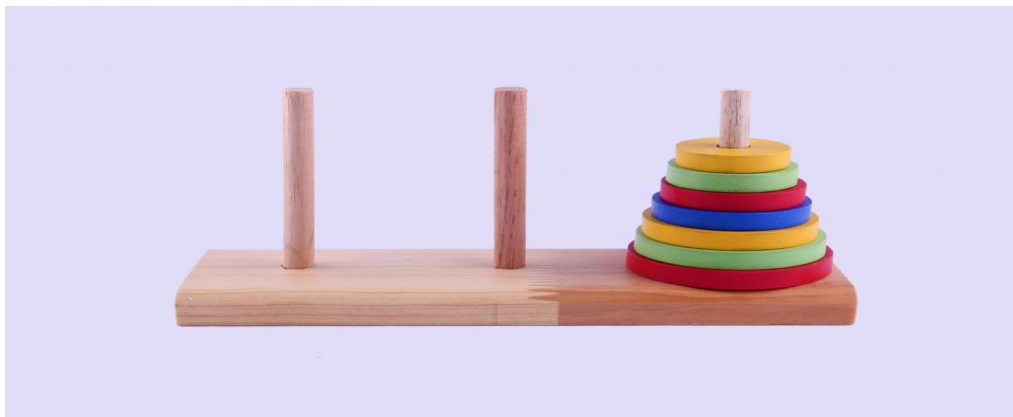


Figura 2: La Torre de Hanoi

Siguiendo a Cabarcos y Simarro (1999), en la investigación se encontró diferencias de grupo en tres medidas ejecutivas: planificación eficaz de la torre de Hanoi, perseveraciones, y fallos para mantener una estrategia en el WCST.

Por otra parte, un subgrupo de sujetos autistas resolvió las tareas de teoría de la mente (el objetivo era predecir la conducta de otra persona cuya creencia no coincide con el estado real de los sucesos observados). No obstante, como se mencionó anteriormente las mayores diferencias se daban en las medidas de función ejecutiva, por consiguiente los autores de dicho estudio concluyen que las fallas en las tareas ejecutivas se debe a un déficit primario en el autismo. Para finalizar comentan la posibilidad de que una alteración prefrontal combinada con disfunciones subcorticales podría ser un buen candidato posiblemente de explicar tanto los síntomas sociales como los cognitivos del trastorno del espectro autista.

Para Martos y Perez (2011), la primera vez que surge una correlación entre las funciones ejecutivas y el TEA es en el estudio de Ozonoff et.al (1991), ya que, en sus trabajos se demuestra que las medidas ejecutivas son iguales o superadoras de las pruebas de la teoría de la mente, en cuanto discriminación de grupos con sujetos autistas y

grupos control. Sin embargo, una de las dificultades que se presentan en dichos estudios de función ejecutiva en autismo, se debe a que gran parte de los estudios se ha realizado con niños y adolescentes con distintas edades y CI por debajo del rango normal.

Posteriormente y en un segundo periodo a partir del año 1994 se emplea un paradigma computarizado y simplificado del WCST y de la Torre de Hanoi denominadas Tarea del cambio Intradimensional-Extradimensional y Torre de Londres. La aparición del ordenador implicó un control más estricto en el procedimiento de administración, al eliminar posibles fuentes de error. Además al mismo tiempo ofrecía la posibilidad de aislar los estímulos, que eran presentados en etapas sucesivas, y por tanto, las operaciones implicadas en las respuestas. Esta investigación fue llevada a cabo por Hughes et.al, (1994) e incluía una serie de controles internos sobre procesos que podrían afectar al rendimiento en la tarea (unos relacionados con la atención y la coordinación sensomotora en la Torre de Londres así como otros para el aprendizaje discriminativo, mantenimiento de la estrategia o transferencia del aprendizaje en la tarea del cambio Intradimensional-Extradimensional (Cabarcos y Simarro, 1999).

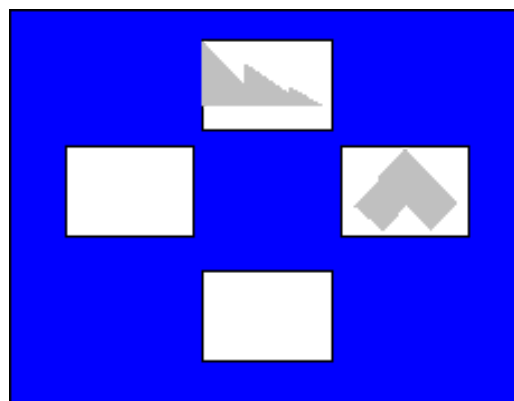


Figura 3. Discriminación simple (Tarea del cambio intradimensional – extradimensional) (Cabarcos y Simarro, 1999).

Los resultados de los sujetos, podrían relacionarse con fallos de distinta naturaleza (ej: cambios atencionales, incremento de aprendizaje irrelevante, etc).

Siguiendo esta línea Ozonoff et.al (1994) comparan un grupo de niños autistas no retrasados con dos grupos control constituidos por sujetos con Síndrome de la Tourette (trastorno en el que también se observan alteraciones ejecutivas) e individuos normales. El estudio pretendía descubrir perfiles disejecutivos diferentes para ambas condiciones clínicas, además de explorar los mecanismos constituyentes de la inhibición y flexibilidad. La tarea seleccionada para la investigación fue Go-Nogo, que consistía en tres demandas de procesamiento jerarquizadas: inhibición neutral (responder a un estímulo neutral

mientras se inhibe la respuesta simultáneamente ante la presencia de otro), inhibición prepotente (requería la inhibición de una respuesta previamente aprendida) y flexibilidad (demandaba frecuentes cambios en la respuesta). Es precisamente esta última medida la que evidencia diferencias significativas entre el grupo autista y los controles. Sin embargo, los primeros obtuvieron un rendimiento moderadamente alterado en la segunda condición (Cabarcos y Simarro, 1999).

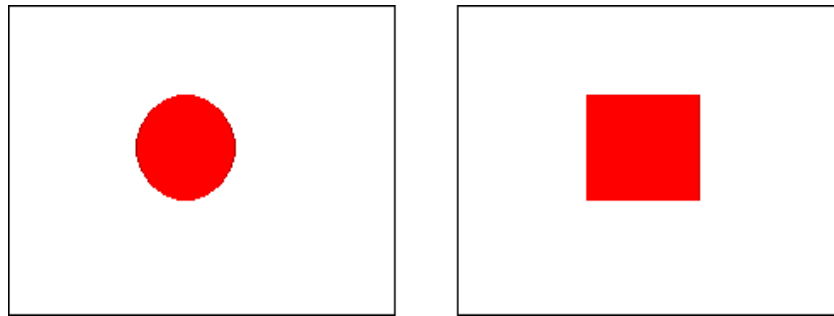


Figura 4: Go-No Go. (Cabarcos y Simarro, 1999)

Posteriormente, Etchepaborda (2001) señala una serie de estudios que evidencian alteraciones globales en el funcionamiento ejecutivo, con un alto número de perseveraciones y fallas para encontrar estrategias eficaces para conseguir la meta en la realización del Wisconsin en niños diagnosticados con TEA. En relación a estos hallazgos, el autor plantea una posible alteración prefrontal combinada con disfunciones subcorticales que podrían dar explicación a los síntomas típicos del TEA que se relacionan con el área social y cognitiva. Los resultados obtenidos en los test ejecutivos indican déficits en las tareas específicas de planificación, monitorización e inhibición de la acción (Calderón et.al, 2012).

Capítulo 4

Intervención y Tratamiento del TEA desde un enfoque cognitivo-conductual

4.1 Intervención Temprana

Diversos son los autores que plantean la intervención temprana del autismo como la forma más eficaz de tratamiento a corto, mediano y largo plazo. Una detección precoz del trastorno permite disminuir efectos negativos en la vida del niño/a, en el entorno familiar y propicia una mayor inclusión educativa y/o en los ámbitos donde circule el niño/a. Inclusive hay autores que plantean que una intervención temprana altera y modifica el curso del desarrollo cerebral, hacia una trayectoria más adaptativa del desarrollo (Zalaquett; Schonstedt; Angeli; Herrera y Moyano, 2015).

El trastorno del espectro autista es plausible de ser diagnosticado en los primeros años de vida e implica un proceso de detección multidisciplinar. En el proceso de detección temprana se conciben los posibles signos de alarma que se pudieran visualizar durante el transcurso del desarrollo y evaluaciones específicas para el diagnóstico de autismo.

Signos de alarma: En este primer nivel de detección resulta fundamental que desde la atención pediátrica, durante los programas de seguimiento y atención del niño/a, se incluyan las preocupaciones de los padres, una valoración de las capacidades propias de cada edad y una observación especializada dirigida a evaluar el desarrollo emocional y las capacidades de interacción del niño/a. Los autores propusieron como metodología a seguir, en primera instancia, la investigación de una serie de cuestionarios estandarizados para evaluar el desarrollo evolutivo y en segundo lugar, un listado de preguntas para sondear durante la exploración clínica, específicamente, el desarrollo social, comunicativo y del comportamiento. Asimismo, guiándonos por los hitos evolutivos fundamentales del desarrollo cognitivo y emocional del niño diferenciamos cuatro etapas en la Guía del diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos del Espectro Autista, 2008:

- 1) Del nacimiento a los 3 meses: Los niños con TEA no suelen adquirir el control de la mirada, el control cefálico, la sonrisa, los sonidos guturales ni las conductas

anticipatorias ante los cuidados. Por tanto, nos encontramos con los siguientes signos de alarma:

**Hipotonía:* La inadaptación al ser cogido en brazos. El niño permanece completamente pasivo al ser cogido (“como si fuera un saco de harina” y “teniendo que ser la madre la que hace el ajuste”).

**Hipertonía:* Rechaza activamente el contacto corporal, con inquietud, rigidez y arqueado dorsal del cuerpo. Menor actividad y demanda o, en menor frecuencia, gran irritabilidad y dificultad para tranquilizarse y regular sus estados, con la impresión de que los intentos de cuidado o acercamiento de la figura de apego aún intensifican más la irritabilidad.

**Pobre contacto ocular:* Ausencia o evitación de la mirada; sin adquisición estable de una mirada penetrante acorde con una resonancia afectiva con el cuidador.

**Ausencia de la sonrisa social.*

**Dificultades en el sueño y la esfera alimentaria.*

2) Alrededor de los 6 meses: El bebé con un desarrollo adecuado, controla su ambiente, interactúa con él, tiene capacidad para calmarse a sí mismo y para captar la atención de sus figuras parentales. En esta etapa se produce la diferenciación entre el niño y su madre y el desplazamiento de la atención a otras personas y a los objetos; aparece la intencionalidad y el inicio de la comunicación. Cuando esta madurez no se produce, aparecen los signos de alarma siguientes como manifestación de ausencia de conductas de interacción:

**Gritos monótonos, monocordes y sin intencionalidad comunicativa o significativa.*

**Ausencia de conductas imitativas (de sonidos, gestos o expresiones).*

**No hay vocalizaciones interactivas, ausencia de comunicación.*

**Menores respuestas de orientación (parece un niño sordo).*

**Ausencia de conductas anticipatorias ante la interacción (echar los brazos).*

**Ausencia de la instauración de la angustia frente a extraños alrededor del octavo mes.*

**Dificultades en la aceptación de alimentos, a los cambios de texturas y sabores.*

**No hay desarrollo del “involucramiento emocional conjunto”:* Está ausente la mirada, sonrisa y risa alegre, los movimientos sincrónicos de brazos y piernas ante los primeros juegos de interacción (“cucú-tras”) así como otros gestos que transmiten una sensación de placer, compromiso afectivo y el desarrollo paulatino de interés y curiosidad por el cuidador.

3) Alrededor del año: El niño que ha logrado la diferenciación se empieza a relacionar con las personas y con los objetos de otra manera. La deambulaci3n y el lenguaje le ayudan a comenzar el proceso de autonomía. Surgen así los siguientes signos de alarma:

**Aparici3n de conductas estereotipadas (balanceo, aleteo de manos, repetic3n de un sonido o movimiento, fascinaci3n por un estímulo determinado).*

**Exploraci3n de objetos limitada y repetitiva:* Propiciando la sobreestimulaci3n mono-sensorial (táctil, oral, visual, sonora) al utilizarlos.

**Ausencia de la “intencionalidad interactiva y la reciprocidad”:* La anterior constituye la aptitud para interactuar de un modo intencional y recíproco, tanto iniciando el intercambio como respondiendo a las señales del otro.

**Ausencia de gestos comunicativos apropiados (decir adi3s con la mano).*

**Ausencia de aparici3n de lenguaje oral, y si aparece, no existe un uso funcional.*

**Inquietud extrema e impulsividad:* La adquisici3n de la deambulaci3n puede acompañarse (en un porcentaje alto) de un comportamiento motor caracterizado por inquietud e impulsividad muy difíciles de regular externamente.

**Ausencia de la “comunicaci3n representacional/ afectiva”:* Implica la capacidad para utilizar representaciones mentales, puesta de manifiesto en el lenguaje o en el juego dramático, a fin de comunicar emociones e ideas.

**Trastornos de la alimentaci3n:* Dificultad en aceptar cierto tipo de alimentos (texturas) que puede acompañarse de una negativa a la masticaci3n.

4) A partir de los 2 años: Su creciente desarrollo cognitivo y, en especial, los avances en la simbolizaci3n hacen posible la aparici3n del lenguaje expresivo y el juego permitiendo el progreso en la individuaci3n. Todo esto le permite al niño aprender a tolerar la separaci3n y la frustraci3n. Se produce un interés notable por los iguales promoviendo la socializaci3n. No obstante, en los niños con TEA se harán evidentes estos signos:

**Desinterés por las personas y especialmente por otros niños:* Puede mostrar relaci3n diferenciada con las figuras de apego, pero no establece con ellos los patrones de interacci3n y comunicaci3n esperables para la edad, estando ausentes los comportamientos de “atenci3n conjunta”.

**Escaso desarrollo del lenguaje (tanto comprensivo como expresivo):* Pueden aparecer detenciones o incluso retrocesos de este desarrollo. Si existe lenguaje éste es extraño (inversi3n pronominal, ecolalias inmediatas y diferidas, literal) y no funcional.

**Aislamiento*: Se intensifica la tendencia al aislamiento, existe escaso interés por explorar el entorno.

**Uso estereotipado de objetos*: Ausencia del juego funcional.

**Adherencia de tipo compulsivo a rutinas o rituales*: Provoca gran irritabilidad así como conductas oposicionistas y rabietas intensas cuando se intenta interactuar con ellos, modificar sus conductas estereotipadas o cuando se hacen cambios en sus rutinas.

**Desarrollo de temores intensos, sin desencadenante aparente*.

4.2 Evaluación

Por consiguiente, a los dos años ya encontramos síntomas evidentes que nos permiten una evaluación específica para autismo por lo que podremos guiarnos con las escalas desarrolladas para la detección desde un enfoque cognitivo-conductual.

Checklist for autism in toddlers (CHAT) o Cuestionario para el Autismo para Niños Pequeños: Es la escala de evaluación de autismo más estudiada y difundida. Está propuesta su aplicación en niños a partir de los 18 meses de edad, momento en que los síntomas ya son medibles y permanecen estables hasta edad preescolar. Consta de 9 ítems en forma de preguntas a los padres y otros 5 de observación evaluados por un explorador correspondiente (Guía de Diagnóstico y Tratamiento para el Trastorno del Espectro Autista, 2008).

El CHAT explora 3 conductas claves ausentes en los niños con autismo: *Gestos protodeclarativos*: Señalar objetos e intencionalidad de mostrarlos a un otro, compartir un interés. *Seguimiento de la mirada*: Mirar en la misma dirección que un adulto, la ausencia del seguimiento de la mirada propicia la falta de “conductas de atención conjunta”. *Juego de ficción*: Tipo de juego donde se sustituyen objetos por otros y/o se atribuyen propiedades ausentes a objetos o situaciones. Suele aparecer alrededor de los 14 meses, no presentándose en los niños con TEA (Hervas y Sanchez, s/f).

Checklist for autism in toddlers (CHAT) Modified, M. (CHAT): Esta escala conserva sólo los primeros 9 ítems del CHAT correspondientes a la parte de preguntas a los padres y añade 14 nuevas preguntas, quedando como resultado un cuestionario íntegramente dirigido a los padres. La nueva configuración tiene el propósito de intentar corregir dos deficiencias del CHAT: La baja sensibilidad para los trastornos más leves del espectro autista y la necesidad de adecuarlo a sistemas sanitarios que no cuenten con la figura del

explorador, que es el que evaluaría los ítems de observación. Es aplicable a los niños a partir de los 24 meses en vez de a los 18, para incluir los casos de regresión, y fijando un umbral más bajo para la derivación (Guía de Diagnóstico y Tratamiento para el Trastorno del Espectro Autista, 2008).

4.3 Tratamiento

Actualmente no existe un tratamiento que cure el autismo, no obstante, sí existen diversos tratamientos que apuntan a mejorar la calidad de vida y el pronóstico de los niños con TEA. La mayoría de los enfoques coinciden en la importancia de un tratamiento individualizado para cada niño, en el cual se visualice su singularidad.

El presente trabajo apunta principalmente al Trastorno del Espectro Autista desde un enfoque cognitivo, por ello, creo oportuno desarrollar brevemente en este apartado, los principales tratamientos que se centran en un enfoque cognitivo-conductual y estudios centrados en programas para enseñar habilidades de cognición social.

Reforzar las habilidades conversacionales implica así mismo mejorar el comportamiento social de la persona con TEA. En los programas específicos de habilidades sociales se deben incluir objetivos vinculados a la comprensión emocional y la atribución de estados mentales, habilidades de resolución de conflictos interpersonales y capacidad de autorregulación emocional (Martos y Llorente, 2013). Normalmente en los programas de refuerzo de las habilidades sociales se suele utilizar las técnicas conductuales y cognitivas clásicas, sin embargo, estos programas también son adaptables al estilo cognitivo de las personas con TEA. Siguiendo a Martos y Llorente (2013) se destacan las siguientes técnicas:

Modelado: Aprendizaje basado en la observación, es decir a la exposición del niño al modelo que muestra la conducta o habilidad que se trata de enseñar.

Role-playing o dramatización: Esta técnica consiste en practicar la habilidad que se está enseñando y que previamente se ha observado en diferentes modelos, en una situación simulada.

Implicación de los compañeros en el proceso de enseñanza: Implicación de otros niños en el proceso de enseñanza de habilidades sociales.

Historias sociales y guiones de conducta: Las historias sociales son breves narraciones que tienen como objetivo ayudar al niño con TEA a comprender las relaciones sociales, los códigos convencionales de conducta y las distintas situaciones de relación interpersonal.

Reestructuración cognitiva: Se busca que el niño aprenda que sus pensamientos afectan e influyen en sus conductas y en su estado emocional. Es esencial que sean conscientes de sus pensamientos y de la relación de estos con sus emociones, para que aprendan a cambiar los pensamientos negativos por otros más adaptativos.

Por consiguiente, desde el enfoque cognitivo, el autismo no es considerado una enfermedad mental, sino un trastorno del desarrollo que requiere una atención psicoeducativa en un ambiente estructurado. Dentro del enfoque cognitivo-conductual se pretende la adquisición de habilidades sociales, comunicacionales y cognitivas básicas. Asimismo, las intervenciones conductuales pueden facilitar la adquisición del lenguaje y de habilidades sociales. Dentro de este apartado se incluyen en la Guía de diagnóstico y tratamiento de los trastornos del espectro autista (2008):

Análisis de Conducta Aplicada (Applied Behavioral Analysis, ABA): El programa ABA es uno de los más utilizados para el tratamiento del TEA, se dirige a analizar, disminuir o modificar determinados comportamientos problemáticos específicos y a enseñar nuevas habilidades a través de un reforzamiento positivo (recompensa o premio). Se trata de un programa intensivo que se caracteriza por proporcionar un trabajo personalizado, integración escolar normalizada, terapia en ambiente natural, enseñanza de habilidades y actividades funcionales, manejo de las dificultades en todas las áreas del desarrollo y asesoría a padres, familiares y personas cercanas al niño/a respecto de su desarrollo y manejo.

En primer lugar, se enfoca en el análisis de la tarea, lo anterior consiste en desmenuzar una conducta compleja (conductas que implican varias actividades previas) y enseñar al niño/a cada paso que hace para la realización de una conducta, de esta forma puede aprender a identificar las distintas conductas. Siguiendo, se selecciona el programa de enseñanza a través de un ensayo discreto (ejemplificar con claridad la conducta por parte del terapeuta) para brindar una mayor claridad al niño/a. Asimismo, se promueve la enseñanza basada en el éxito (con ayuda) sin errores, lo que permite acelerar el proceso de aprendizaje y prevenir la frustración.

Sistemas alternativos y aumentativos de comunicación (SAAC): Son sistemas no verbales de comunicación que se emplean para complementar o sustituir el lenguaje oral. Se utilizan fotografías, pictogramas, signos y símbolos, y/o lenguaje escrito. Uno de los SAAC más conocidos es el “Sistema Comunicativo de Intercambio de Imágenes”. Dicho sistema se desarrolló para ayudar a niños/as con autismo a aprender a solicitar y comunicar sus necesidades. Por consiguiente, se utilizan objetos, dibujos o símbolos según el nivel del desarrollo del niño/a.

Asimismo, estudios propuestos para mejorar la cognición social, en relación a tareas que impliquen comprender las emociones, creencias e intenciones de los demás, han demostrado dar resultados positivos, en poblaciones pequeñas, sin embargo, las técnicas de intervención propuestas y el alcance de las mismas han sido poco exploradas, lo cual no permite extrapolar los resultados a otras poblaciones (Aguirre, 2013).

Chin y Opitz (2000), realizan un estudio con 3 niños de alto funcionamiento, donde se les enseña cómo iniciar una conversación, turnarse durante la misma, escuchar con atención, mantener una conversación y cambiar el tema apropiadamente. Los niños fueron evaluados para la Teoría de la Mente, utilizando tareas de falsa creencia antes y después de las sesiones (llevadas a cabo dos veces por semana) de entrenamiento. Los resultados indican que la cantidad de interés manifestada por los niños con autismo durante las conversaciones con sus cuidadores se incrementó durante las sesiones de entrenamiento. Además los niños, dieron un mayor número de respuestas apropiadas relativo al contexto, no obstante, el rendimiento en las tareas de falsa creencia se mantuvo constante durante todo el estudio (Aguirre, 2013).

Lozano y Alcaraz (2010) realizaron un estudio de 3 casos, dos alumnos de educación primaria y una alumna de educación secundaria con TEA, donde se diseñaron y elaboraron materiales didácticos dirigidos a la enseñanza de la comprensión de emociones y creencias, y un protocolo de entrevista de valoración de habilidades sociales. Las sesiones eran dos veces por semana, con una duración de 45 minutos, durante 11 semanas. Los alumnos fueron evaluados antes y después del proceso de intervención educativa sobre sus niveles de comprensión de emociones, creencias y habilidades sociales. Los resultados indican que en el proceso de intervención educativa, los alumnos participantes mejoraron su rendimiento en la comprensión de emociones y creencias (Aguirre, 2013).

Consideraciones Finales

Si bien este trabajo hace hincapié en el enfoque cognitivo, es fundamental pensar en el Trastorno del Espectro Autista sujeto desde una perspectiva integral e interdisciplinaria donde dialogan distintos enfoques. El TEA afecta al niño/a y al entorno que lo rodea, por consiguiente es oportuno concientizar a la población acerca de este fenómeno para generar espacios de inclusión educativos, sociales y familiares. Es a partir de ciertas características de la sintomatología del TEA, tales como las dificultades de empatizar, de anticipar las conductas de los otros, de comprender los estados mentales de las demás personas, de mantener una conversación y una escucha activa, que es posible afirmar que una de las mayores dificultades que presentan los niños/as con TEA, afectan a los procesos de socialización, en donde se ven involucradas distintas instituciones como la familia, la escuela u otros espacios. Dichas características por ende ocasionan dificultades en la inclusión social, porque implican para el niño/a posibles situaciones de aislamiento que no favorecen su desarrollo de modo integral. Asimismo, se ven comprometidos los procesos vinculares y los procesos de aprendizaje, lo que implica sufrimiento psíquico para el sujeto y afectaciones para su familia y otras personas que lo rodean.

Por consiguiente, es importante el trabajo con la familia del niño/a, ya que forma parte de sus primeros vínculos sociales, constituye su principal sostén emocional y afectivo y es el espacio inicial y fundamental donde se desarrolla y desenvuelve el sujeto durante la infancia. A su vez, la familia es un pilar fundamental a considerar en una intervención y se les debe brindar un espacio de escucha y atención, así como también herramientas psicoeducativas que permitan una mayor comprensión del trastorno de su hijo/a, apoyando de este modo a las familias en su tarea de sostén para la inclusión social y educativa del sujeto en otras instituciones y espacios.

En este sentido, desde mi futuro ejercicio profesional considero esencial brindar un espacio seguro de escucha, atención y contención a los individuos con autismo y a sus familiares. Desde este lugar, es oportuno hacer énfasis en promover estrategias y herramientas de intervención centradas en generar habilidades sociales y conductuales, fomentar acciones para desarrollar y fortalecer vínculos y realizar intervenciones psicoeducativas con la familia y otras instituciones. Asimismo, considero vital para trabajar con dicha población, profundizar la formación en TEA ya que es un trastorno de alta complejidad. Tal es así, que aún hoy es difícil diagnosticar al TEA por su sintomatología, ya que muchas veces no se toman en cuenta los signos de alarma en el desarrollo del niño/a o se confunden con otras patologías (psicosis, TDAH).

El trastorno del espectro autista es plausible de ser diagnosticado en los primeros años de vida. La detección precoz y la intervención temprana ante los primeros signos de alarma en el transcurso del desarrollo son fundamentales para un pronóstico más favorable. Por consiguiente, considero que es primordial tener un exhaustivo conocimiento sobre las herramientas de intervención y evaluación, para poder intervenir de modo adecuado y lograr pronóstico favorable.

Asimismo, entiendo al enfoque cognitivo como un modelo representativo y explicativo para la noción de TEA, ya que los diversos estudios y observaciones realizadas que conciernen a dicha perspectiva (Teoría de la Mente, Teoría de la Coherencia Central y Teoría de las Funciones Ejecutivas) han demostrado su eficacia en la comprensión de la sintomatología TEA tales como el déficit en la comunicación, las manifestaciones conductuales y del lenguaje. A su vez, es un enfoque que aporta herramientas valiosas para la comprensión acerca de los procesos mentales y psicológicos que están implicados en la adquisición del conocimiento de los seres humanos así como para el desarrollo de estas capacidades. Comprender los procesos mentales propios del TEA permite a su vez inteligir los modos de interacción con el medio de los sujetos diagnosticados con este trastorno.

Desde la perspectiva cognitiva son las cogniciones las que sustentan nuestras emociones, conductas y habilidades sociales lo cual permite un marco de comprensión para abordar distintos padecimientos y procesos. Los niños/as con autismo presentan dificultades en varios procesos mentales (atención, memoria, inteligencia, lenguaje, percepción, etc) lo que implica un inconveniente para la adquisición del conocimiento y una dificultosa interacción con el medio. Por lo tanto, es importante generar herramientas de intervención que habiliten el tratamiento de estas dificultades en aras de una mayor inclusión social que redunde en la calidad de vida de estos sujetos.

Por otra parte, de los estudios que sustentan el enfoque cognitivo, la teoría de la mente como modelo conceptual, es la más reconocida por dicho enfoque para la comprensión del TEA.. Refiere a la capacidad de ponerse en el lugar del otro, ser capaz de empatizar, entender las emociones de los demás, predecir sus comportamientos y comprender los estados mentales de las personas del entorno. Es a partir de la observación de las conductas en el autismo, que se infiere la ausencia de una Teoría de la Mente, lo que causa dificultades en los niños/as con TEA para comunicarse apropiadamente de acuerdo a su contexto, para inferir las emociones de los demás, para empatizar con los que lo rodean e inconvenientes para actuar en consecuencia. Formas comunicacionales tales como el uso de la ironía, bromas y metáforas son difíciles de entender para los niños/as con autismo, tales dificultades pueden explicarse por la ausencia de una teoría de la mente, e implican déficits cognitivos y sociales.

A su vez, la teoría de la coherencia central es otro modelo teórico para la explicación del autismo, centrado en exponer cómo procesamos e integramos la información del contexto de forma global e integrada (tanto verbal, como visual). En el autismo, los niños/as tienden a quedarse sujetos a una parte del objeto, visualizando sólo aspectos parciales del mismo, sin integrar el contexto en su generalidad. Por ejemplo, esto lo podemos observar en el juego, el niño/a con autismo juega con un “autito”, lo da vuelta y gira las ruedas de forma repetitiva sin poder integrar el “autito” a su contexto (por ejemplo, crear una pista de auto y hacer una carrera) ni considerar la funcionalidad simbólica del objeto. Por lo tanto, se presume a través de estas características que en el autismo hay una coherencia central débil.

Otro aporte valioso del enfoque cognitivo se refiere a la teoría de las funciones ejecutivas, que plantea que los mecanismos de la atención, inhibición, flexibilidad, planificación, memoria de trabajo, etc, son funciones que están mediadas por el lóbulo frontal. Es decir, que si existe una lesión en el lóbulo frontal, estas funciones probablemente podrían verse afectadas. A través, de los distintos estudios que se han realizado con niños/as con autismo, se plantea una hipótesis de disfunción ejecutiva, lo cual podría explicar la ausencia de empatía, las conductas estereotipadas, la ausencia de afectividad, las dificultades en la comunicación, los comportamientos impulsivos, entre otros. Además, desde la perspectiva cognitiva, el autismo se relaciona con un déficit congénito, lo cual genera alteraciones en las funciones ejecutivas. No obstante no hay evidencia suficiente para establecer una correlación unívoca entre lesiones en el lóbulo frontal y alteraciones en las funciones ejecutivas.

En definitiva, considero que las teorías que sustentan al enfoque cognitivo son un aporte sustantivo para el abordaje de este trastorno generando a su vez estrategias y herramientas de intervención acertadas. Considero que las distintas herramientas de intervención para el autismo, favorecen el aprendizaje de conductas más adaptativas, promueven la enseñanza de habilidades sociales y comunicativas y desarrollan la adquisición de aspectos cognitivos básicos. Por consiguiente, considero que las técnicas de intervención de modelado (aprendizaje a través de la observación de una conducta) role-playing (dramatización de una situación simulada) o el programa ABA (enseñanza de nuevas habilidades a través del reforzamiento positivo) son adecuadas para enseñar a los niños/as con autismo conductas adaptativas y disminuir comportamientos desadaptativos o inadecuados. Herramientas tales como el involucramiento de pares en el proceso de enseñanza, uso de cuentos narrativos que incluyan situaciones sociales, códigos convencionales de conducta y distintas situaciones interpersonales, contribuyen a que el niño/a con TEA aprenda habilidades sociales y comunicativas.

Con respecto al desarrollo de aspectos cognitivos, la reestructuración cognitiva es clave para enseñar cómo los pensamientos influyen en el estado emocional y en la conducta. Desde esta perspectiva es fundamental hacer conscientes a los niños/as con TEA de sus pensamientos y la relación de estos con las emociones, para que aprendan a sustituir los pensamientos negativos por otros más adaptativos. De esta forma podrían comprender sus conductas y emociones, y la de los demás, favoreciendo los vínculos sociales.

Asimismo, las herramientas que involucran a la cognición social, permiten enseñar tareas que implican aprender las emociones de los demás, creencias e intenciones. Me parecen importantes estos aspectos para trabajar, ya que por la ausencia de una Teoría de la Mente en los niños/as con TEA, es imprescindible enseñar tareas que involucren la comprensión de las emociones e intenciones de los demás. A su vez, distintos estudios, a través de sesiones de entrenamiento, enseñan a los niños/as cómo empezar una conversación, aprender a esperar turnos, escuchar con atención, mantener una conversación y cambiar de tema apropiadamente. Estos aspectos favorecen la adquisición de estrategias de comunicación más adecuadas al momento de relacionarse con sus pares.

Por lo tanto, considero fundamental, desde mi opinión personal el tratamiento cognitivo-conductual para trabajar con niños/as con TEA, ya que se enfocan en las habilidades sociales y conductuales, enseñando y promoviendo herramientas más adaptativas para distintos contextos. Asimismo, desde la psicología cognitiva se vislumbra al sujeto como un individuo activo en su proceso de aprendizaje y en constante interacción con el medio. En definitiva se plantea considerar al niño/a con autismo como un sujeto activo en su proceso de aprendizaje y desarrollo.

Por otra parte, no es menor mencionar que es importante abordar cada situación en su singularidad y considerar al entorno que rodea al niño/a. A su vez, es favorecedor para un desarrollo intelectual y cognitivo saludable, que el ambiente imponga y proponga una serie de recursos que promuevan el desarrollo de capacidades mentales y cognitivas.

Actualmente no hay un consenso único para el tratamiento de autismo, por lo tanto el tratamiento será diferente de acuerdo a la situación singular de cada sujeto, ya que la sintomatología puede variar de acuerdo a cada niño/a. Siguiendo esta línea, es fundamental un tratamiento específico y adecuado para cada caso en particular.

Para finalizar, cabe aclarar que considero que los distintos enfoques disciplinares existentes brindan comprensiones y aportes para abordar distintos modos del sufrimiento psíquico. Mi intención en este trabajo, no es invisibilizar otras perspectivas (psicoanalítica, intersubjetiva, psicodinámica, etc) respecto a una temática tan compleja. No obstante, considero fundamental una mirada que haga énfasis en la promoción de habilidades

(sociales, conductuales y vinculares) que permitan a estos niños/as un desarrollo integral y saludable. Desde mi punto de vista el enfoque cognitivo, provee valiosos insumos en sus modelos conceptuales y herramientas eficaces que de ellos se desprenden.

Referencias Bibliográficas

Aguirre, R (2013). Desarrollo de la Cognición Social en Personas con Trastorno de Espectro Autista. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*. Chile, Vol.13 N° 2 pág 11-19. Recuperado de: [10.5354/0719-5346.2013.30211](https://doi.org/10.5354/0719-5346.2013.30211)

Álvarez, E (2007). Trastorno del espectro autista. *Revista Mexicana de pediatría*. México. Vol 74 N° 6 pág 269-276. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2007/sp076g.pdf>

Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM - 5), 5º. Ed Arlington, VA.

Asociación Española de Psiquiatría del niño y el adolescente (2010) Manual de Psiquiatría del niño y el adolescente. Buenos Aires: Panamericana.

Barbolla, M; Villamizar, D. (1993). La "teoría de la mente" y el autismo infantil: una revisión crítica. *Revista Complutense de Educación*. Vol 2, N° 2, pág 11-28. Recuperado de: <https://revistas.ucm.es/index.php/RCED/article/view/RCED9393220011A>

Beck, J. (2000). Terapia Cognitiva. Conceptos básicos y profundización. Barcelona: Gedisa.

Cabarcos, L y Simarro, L. (1999). Función ejecutiva y Autismo.

Calderón, L, Congote, C, Richard, S, Sierra, S y Vélez, C. (2012). Aportes desde la teoría de la mente y de la función ejecutiva a la comprensión de los trastornos del espectro

autista. *Revista CES Psicología*. Vol 5, N°1, pág 77-90. Recuperado de:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=423539529008>

Crespo, N y Narbona, J. (2011). Dificultades en la percatación rápida de incongruencias en el trastorno de aprendizaje procedimental: posible disfunción de la coherencia central. *Revista de Neurología*. España, Vol 52 N°1 pág 539-541. Recuperado de:
<https://doi.org/10.33588/rn.52S01.2010807>

Echeverry, G (2010). Ciencia cognitiva, Teoría de la Mente, y autismo. *Pensamiento Psicológico*. Vol 8 N° 15 pág 113-124. Recuperado de:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3339348>

Guía de Diagnóstico y Tratamiento para los Trastornos del Espectro Autista. (2008). La atención en la red de salud mental. Madrid.

Herlyn, S. (2017). Trastornos del espectro autista.

Hervás, A y Sanchez, Luis (Sin fecha). "Autismo. Espectro autista".

Jaramillo, P. (2013). El desarrollo del yo y la relación con el otro en el Trastorno del Espectro Autista. Manizales: Universidad de Manizales.

Lopez y Leekam. (2007). Teoría de la Coherencia Central: una revisión de los supuestos teóricos. *Infancia y Aprendizaje*. Vol 30, N°3, pág 439-457. Recuperado de:
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1174/021037007781787462>

Martos, J y Llorente, M. (2013). Tratamiento de los trastornos del espectro autista: unión entre la comprensión y la práctica basada en la evidencia. *Revista de Neurología*. Madrid, Vol 57, N° 1, pág 185-191. Recuperado de: <https://doi.org/10.33588/rn.57S01.2013264>

Martos, J y Perez, P. (2011). Una aproximación a las funciones ejecutivas en el trastorno del espectro autista. *Revista de Neurología*. Madrid, Vol. 52, N° 1, pág 147-153. Recuperado de: <https://doi.org/10.33588/rn.52S01.2010816>

Piaget, J. (1994). El desarrollo mental del niño. En Seis Estudios de Psicología. Colombia: Labor.

Sosa, M. (Sin fecha). Psicoanálisis y neurociencias aportes al complejo campo del autismo infantil. VI Congreso Internacional de Investigación de la Facultad de Psicología. Universidad Nacional de La Plata.

Unzueta, A y Garcia, R. (2012). Déficit del procesamiento facial en los trastornos del espectro autista: ¿Causa o Consecuencia del impedimento social?. *Ajayu*. Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología de la Universidad Católica Boliviana "San Pablo". Vol 10, N° 1, pág 19-33. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=461545461003>

Urbano C y Yuni, J. (2005) El enfoque del ciclo vital. En Psicología del desarrollo. Córdoba.

Vásquez, A., Ruiz, P. y Apud, I. (2016). Introducción a la Historia y a los Métodos en Psicología Cognitiva. En Vásquez Echeverría, A. (Ed.) Manual de Introducción a la Psicología Cognitiva. Montevideo: UdelaR.

Zalaquett,C; Schonstedt,M; Angeli,M; Herrera,C y Moyano,A. (2015). Fundamentos de la intervención temprana en niños con trastorno del espectro autista. *Revista Chilena Pediatría*. Santiago de Chile, Vol 86 N°2 pág 126-131. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.04.02>

