

UNIVERSIDAD DE MANIZALES

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

MONOGRAFIA

**DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE PROTOCOLOS DE INTERVENCIÓN
NEUROPSICOPEDAGÓGICA. FASE III**

**ESPECIALIZACIÓN EN NEUROPSICOPEDAGOGÍA
VIII COHORTE**

MANIZALES, DICIEMBRE DE 2008

UNIVERSIDAD DE MANIZALES

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

MONOGRAFIA

**DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE PROTOCOLOS DE INTERVENCION
NEUROPSICOPEDAGÓGICA. FASE III**

Asesoras de Investigación

Mg. LILIANA GONZÁLEZ BENÍTEZ

Esp. MARIA EUGENIA GARCÍA GÓMEZ

Mg. VILMA VARELA CIFUENTES

MANIZALES, DICIEMBRE DE 2008

UNIVERSIDAD DE MANIZALES

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

MONOGRAFIA

**DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE PROTOCOLOS DE INTERVENCIÓN
NEUROPSICOPEDAGÓGICA. FASE III**

ESPECIALIZACIÓN EN NEUROPSICOPEDAGOGÍA

VIII COHORTE

Asistentes de Investigación

**Adriana Bedoya Córdoba
Claudia Andrea Benavides Sotelo
Diana Lorena Campo Buitrago
Lucía Cortés Vergara
Dory Andrea Daza Gómez
Rocío del Pilar Gaitán Charry
Sandra Liliana González Flórez
Angela Cristina Grajales Yepes
Ivone Angélica Guarín Henao
Ana Catalina Hormaza Quesada
Sandra Carmenza Jiménez Giraldo
Lina Alejandra Jiménez Silva
Lía Janeth Manco Quintero
Martha Elvira Martínez Oliveros
Leidy Johanna Mogollón Laguna
Sandra Milena Muñoz Ardila
Olga Maritza Olaya Píneros
Silvia Paola Orozco Tobar
Mónica Pérez Ospina
Liz Ximena Rodríguez García
Sandra Milena Triviño Charry
María Elena Valencia Restrepo
Gloria Mabel Zambrano Meza
Diana Patricia Zethelius Watson**

MANIZALES, DICIEMBRE DE 2008

TABLA DE CONTENIDO

PRESENTACIÓN.....	Pág 3
INTRODUCCIÓN.....	Pág 4
1. MARCO CONCEPTUAL Y METODOLÓGICO.....	Pág 5
1.1 CONTEXTUALIZACIÓN.....	Pág 5
1.1.1 El Desarrollo Infantil y el surgimiento de nuevos campos interdisciplinares..	Pág 5
1.1.2 Especificidades del marco legal colombiano para la atención educativa a la población infantil con necesidades educativas especiales como orientación para la propuesta intervención neuropsicopedagógica	Pág 8
1.1.3 Síntesis de las principales tendencias en intervención clínica y pedagógica en población infantil.....	Pág 12
1.1.4 Aproximación al estado del arte en el contexto colombiano en intervención a población infantil con trastornos del desarrollo y con talentos y/o capacidades excepcionales.....	Pág 17
1.2 JUSTIFICACIÓN.....	Pág 23
1.3 OBJETIVOS.....	Pág 25
1.4 METODOLOGÍA.....	Pág 25
2. TENDENCIAS TEÓRICAS Y METODOLÓGICAS EN LA INTERVENCIÓN CLÍNICA Y PSICOEDUCATIVA DE LA POBLACIÓN INFANTIL.....	Pág 27
2.1 TRASTORNOS ESPECÍFICOS DEL APRENDIZAJE.....	Pág 27
Análisis encuestas	

2.2 DISCAPACIDAD COGNITIVA.....	Pág 51
Análisis encuestas	
2.3 TRASTORNOS COMPORTAMENTALES.....	Pág 70
Análisis encuestas	
2.4 TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO.....	Pág 86
Análisis encuestas	
2.5 TRASTORNOS EMOCIONALES.....	Pág 119
2.5.1 ANSIEDAD INFANTIL.....	Pág 119
Análisis encuestas	
2.5.2 DEPRESION INFANTIL.....	Pág 140
Análisis encuestas	
2.6 TALENTOS Y/O CAPACIDADES EXCEPCIONALES.....	Pág 167
2.6.1 Alternativas pedagógicas.....	Pág 173
2.6.2 Estrategias pedagógicas.....	Pág 177
2.6.3 Proyectos, Programas y Propuestas de Intervención.....	Pág 180
Análisis encuestas	
3. PROPUESTA DE INTERVENCION NEUROPSICOPEDAGOGICA EN POBLACION	
INFANTIL.....	Pág 207
3.1 Fundamentos epistemológicos y metodológicos del enfoque ecológico	
contextual.....	Pág 207
3.2 Operativización de la propuesta de intervención neuropsicopedagógica	
desde el modelo ecológico-contextual en niños con trastornos del desarrollo	
y con talentos y/o capacidades excepcionales.....	Pág 213
4. PROGRAMAS ESPECÍFICOS DE INTERVENCION.....	Pág 229
CONCLUSIONES.....	Pág 250
ANEXOS:	
1. Modelo Encuesta.....	Pág 252
2. Lineamientos para la estructura general del trabajo monográfico.....	Pág 255

PRESENTACIÓN

En este documento se presenta el informe final del trabajo monográfico correspondiente a la **Fase III** del maproyecto “**DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE PROTOCOLOS DE EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN NEUROPSICOPEDAGÓGICA**”, con miras a realizar la tesis de grado para optar al título de **ESPECIALISTA** en **NEUROPSICOPEDAGOGÍA**, por parte de los estudiantes de la **VIII cohorte**.

Este trabajo monográfico, tuvo como por objeto dar cumplimiento a la fase final del proceso inicial encaminado a diseñar protocolos de **Evaluación Neuropsicopedagógica (ENPP)**, **Fase I**, destinados a procesos de evaluación de la población infantil con trastornos del desarrollo y con talentos/capacidades excepcionales. La **fase II** estuvo orientada a la implementación de estos procesos a través de su aplicación en casos clínicos reales. Específicamente la **Fase III** abordó el tema de **la intervención** a través de la indagación, análisis y elaboración conceptual de una problemática intrínsecamente relacionada con un propósito de la Especialización en Neuropsicopedagogía, que pretende establecer un puente entre los procesos de evaluación y de intervención neuropsicopedagógica, como sello que caracteriza esta formación.

Como trabajo monográfico contempló una revisión del estado del arte acerca de los enfoques de intervención usuales en población infantil, profundizando en los aspectos teóricos y prácticos, sus aplicaciones y sustento en una bibliografía suficiente sobre el tema de estudio y, de esta forma, consolidar una propuesta de intervención que diera a la Neuropsicopedagogía un sustento epistemológico y praxiológico más amplio con el fin de intervenir en los procesos del desarrollo infantil normal y alterado desde un enfoque holístico.

Dado que este trabajo tiene su origen en la línea de investigación denominada **evaluación neuropsicopedagógica**, adscrita al Grupo **Desarrollo Infantil** de la Facultad de Psicología de la Universidad de Manizales, se espera que los aportes presentados impacten los contextos clínicos, educativos y comunitarios, en los cuales la población infantil es sujeto de intervención.

INTRODUCCION

Los procesos inherentes al **Desarrollo Infantil** se encuentran influenciados por condiciones de diverso orden (factores biológicos, relaciones sociales, medio natural y cultural cambiantes), en un contexto con diferentes enfoques teóricos, nuevas tendencias y alternativas metodológicas y aportes realizados por disciplinas afines. Esta complejidad ha generado en los docentes y estudiantes del programa de **Especialización en Neuropsicopedagogía - VIII cohorte** – la necesidad de hacer una reflexión crítica sobre la dinámica del cambio humano y de fundamentar **la evaluación e intervención** a través de la investigación en los procesos de desarrollo de nuestra población infantil.

La evaluación e intervención del **Desarrollo Infantil**, tanto en el plano clínico como en el educativo y el comunitario, requieren de aportes interdisciplinarios específicos en el estudio, tanto de sus secuencias evolutivas y logros adecuados, como en la detección, comprensión e intervención de sus trastornos; de allí que consideremos el macroproyecto **“DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE PROTOCOLOS DE INTERVENCIÓN NEUROPSICOPEDAGÓGICA” –FASE III-**, como una alternativa que permite brindar elementos teóricos y prácticos para generar y cualificar procesos de evaluación e intervención neuropsicopedagógica coherentes y articulados, procurando una lectura múltiple e integrada, en un abordaje conceptual y metodológico desde diferentes disciplinas y experiencias, conducente a optimizar y potenciar tanto los procesos de desarrollo infantil como los referentes al desempeño escolar. El papel de la neuropsicopedagogía entonces, logra trascender una mirada individual y desde el déficit, hacia una postura no sólo inclusionista y de atención a la diversidad, sino también, desde la potencialidad, con una visión del niño y su desarrollo más integral y dando a su vez participación a todos los agentes que de una u otra manera influyen este desarrollo.

La realización de la fase III se constituye en la consolidación de una meta en la cual los aportes de tres cohortes de la Especialización en Neuropsicopedagogía, pretenden impactar los contextos clínico, educativo, familiar y social, brindando al profesional herramientas para no sólo cualificar su quehacer, sino también el trabajo inter y transdisciplinario como lo exige el mundo vertiginoso de hoy.

1. MARCO CONCEPTUAL Y METODOLÓGICO

1.1 CONTEXTUALIZACIÓN

1.1.1 El Desarrollo Infantil y el surgimiento de nuevos campos interdisciplinarios

Los procesos de intervención del Desarrollo Infantil en general hacen referencia a las diferentes formas de intervención orientadas al logro del desarrollo integral y armónico de los niños, especialmente de aquellos que se encuentran en condiciones de vulnerabilidad ya sea por factores de orden neurobiológico o psicosocial.

Desde diferentes perspectivas epistemológicas del Desarrollo Infantil se ha generado conocimiento sobre las líneas de intervención más adecuadas. Dentro de este panorama, las principales tendencias señalan el valor de abordajes que privilegian aspectos como la interacción social en la construcción del conocimiento (procesos de mediación), la psicoestimulación cognitiva, el desarrollo metacognitivo, la modificabilidad cognitiva, entre otros, ofreciendo elementos de abordaje tanto para el contexto clínico como educativo.

Las diversas concepciones han derivado en propuestas de evaluación y formulación de programas que pretenden el desarrollo de **habilidades, funciones, conocimientos, destrezas, competencias o compensación de carencias**, entre otras. Pero todas ellas enmarcadas en el logro del bienestar y del desarrollo de las potencialidades con el fin de minimizar las conductas desadaptativas y las posibles secuelas de diferentes condiciones del desarrollo en el ámbito escolar, con miras a lograr un individuo con una óptima salud mental, que pueda desenvolverse adecuadamente en su medio escolar, social y laboral como una persona útil y productiva.

Como formas de dar respuesta a la complejidad de fenómenos de diverso orden, surgen nuevos campos multidisciplinarios que pretenden ofrecer perspectivas más integrales en el abordaje de objetos de estudio particulares; esta pretensión, sin embargo puede verse limitada cuando los conocimientos se extrapolan de manera parcializada. Tal es el caso de los aportes a la educación desde la psicología, la pedagogía, la neuropsicología y las neurociencias. Aunque se reconoce que conjugar las disciplinas no es tarea fácil, sí es admisible enfatizar la importancia de estos esfuerzos en el mundo actual.

En el contexto mundial los esfuerzos para aplicar la neuropsicología a la educación tienen ya un recorrido importante, toda vez que las resistencias iniciales han dado paso a preguntas por la relevancia del conocimiento neuropsicológico para la pedagogía, al aceptar que todo comportamiento y aprendizaje está mediado por el cerebro y que una adecuada comprensión sobre su funcionamiento normal y disfuncional, deja en mejor situación a los profesionales encargados de los procesos de enseñanza – aprendizaje de niños y niñas, ya que los habilita mejor para analizar y utilizar mejores y más válidas formas de intervención.

En este recorrido se destacan los esfuerzos de Gaddes (1985), promotor en Canadá de la integración disciplinaria al difundir la neuropsicología en seminarios y talleres de capacitación para educadores y al publicar su libro “Dificultades de Aprendizaje y Funcionamiento cerebral”. Desde ese marco teórico acuñó el nombre de “**Neuropsicología Educativa**” para referirse a las aplicaciones de la neuropsicología a la educación. Myklebust (1985) en Estados Unidos resaltó la necesidad de que los conocimientos neuropsicológicos sean de dominio común para los agentes sociales implicados con población infantil tanto con fines de comprensión de las problemáticas más frecuentes como por razones de comunicación y convergencia efectiva del trabajo interdisciplinario de evaluación e intervención. William Cruickshank desde comienzos de los años ochenta, predecía el surgimiento de un nuevo educador, al que denominó “**Neuroeducador**”, como persona que identificaría tempranamente las dificultades de comunicación, interacción, percepción, movimiento, cognición y aprendizaje y que por lo tanto, podría realizar una intervención desde las actividades propias del aula, hacer seguimiento, dar orientación a los padres, remitir a los profesionales de apoyo en forma oportuna y comunicarse comprensivamente con éstos para adaptar a las características funcionales del niño sus herramientas pedagógicas.

A partir de entonces los intereses en estos acercamientos se incrementan y diversifican como en el caso de la acepción del término “**Neuroeducación**” como una forma de intersección entre las ciencias de la educación y las neurociencias, lo cual conlleva a que expertos en ciencias de la computación se interesen en el estudio del aprendizaje y la enseñanza (informática educativa), aplicada también en el tratamiento de ciertas discapacidades como en los trastornos de aprendizaje y discapacidades cognitivas, motoras o sensoriales. Según Battro (2005), el estudio del cerebro discapacitado o lesionado es y seguirá siendo un tema fundamental de la neuroeducación y en el desarrollo de nuevas tecnologías digitales que ya se aplican exitosamente en la educación de personas con

diversas limitaciones (“prótesis informáticas”). Este autor señala también que la neuroeducación debe extenderse también fuera de los períodos de máximo crecimiento del sistema nervioso central para abarcar todo el ciclo vital. Señala también que es imprescindible revisar algunos prejuicios, construir nuevos marcos teóricos, convocar a especialistas de variadas disciplinas, convertir a ciertas escuelas en centros de investigación neurobiológica y despertar el entusiasmo de los docentes y alumnos ya que hay mucho que trabajar para que la educación se convierta en un campo fecundo para las neurociencias, siempre y cuando se comprenda que educación es mucho más que el aprendizaje, tomado en el sentido restringido de las neurociencias. Según este autor, es necesario que los valores propios de la educación sean incorporados a la indagación de las ciencias del cerebro para construir una genuina neuroeducación.

En un intento particular de ampliar el conocimiento interdisciplinario acerca del funcionamiento neuropsicológico y del aprendizaje, surge en nuestro contexto la **Neuropsicopedagogía**, campo de trabajo que pretende ubicarse como un enfoque integral de evaluación e intervención, construido desde la comprensión de las bases neuropsicológicas y comportamentales del desarrollo infantil y del aprendizaje (en sentido amplio), así como de las alteraciones que pueden comprometer estos procesos.

La comprensión de las aplicaciones en el campo pedagógico de los conocimientos neuropsicológicos, permite asumir al ser humano en su complejidad y en su contexto para potenciarlo hacia la construcción de un proyecto de vida hacia al éxito. Esta comprensión se constituye en un marco de conocimiento que permite la descripción, explicación, tratamiento y potenciación de los procesos de enseñanza-aprendizaje. Al comprender las condiciones intrínsecas y extrínsecas que obstaculizan los procesos de aprendizaje en niños y niñas, el alcance de las didácticas y estrategias de enseñanza puede ser más racional y contextualizado en la medida en que la interacción de las disciplinas conlleva a una mejor comprensión de problemáticas frecuentes relacionadas con el desarrollo neuropsicológico, a favorecer la comunicación y convergencia efectiva del trabajo interdisciplinario en procesos de evaluación e intervención y necesariamente a un cambio en el significado del aprendizaje, de la enseñanza y del papel de los diferentes profesionales en el contexto clínico y educativo.

En este orden de ideas, Delgado (2006) retoma a Montes de Oca (2006) y a De la Peña (2005) en cuanto al término **Neuropsicopedagogía**, por ser más explícito e integrador al concebirla como *“el ejercicio-trabajo interdisciplinario acerca del procesamiento de la información y la modularidad de la mente en términos de Neurociencia cognitiva, Psicología, Pedagogía y Educación, que lleva a cabo el profesional de formación multi-interdisciplinaria y con fines educacionales”*. Para De la Peña (2005) la ampliación de la definición de Neuropsicopedagogía *“...integraría el efecto sinérgico del conjunto de conocimientos propios de la neuropsicología y la psicopedagogía, potenciando la resultante del concepto “psico” en sus más heterogéneos ámbitos de estudio. Esta Neuropsicopedagogía, a través de la comprensión del funcionamiento de los procesos mentales superiores (atención, memoria, función ejecutiva...), de las explicaciones psicológicas y de las instrucciones pedagógicas, pretende ofrecer un marco de conocimiento y acción íntegro para la descripción, explicación, tratamiento y potenciación de los procesos de enseñanza-aprendizaje que acontecen a lo largo de la vida del alumno, promoviendo una formación integral con repercusiones más allá de la institución educativa y del período temporal y tipo de aprendizaje que establece como válido.”*

Este contexto de intereses interdisciplinarios en torno al Desarrollo Infantil permite entonces, proponer la aproximación neuropsicopedagógica como un puente entre la evaluación y la intervención que dé respuesta a las necesidades en las dimensiones personal (física, cognitiva y emocional), escolar, familiar y comunitaria de niños y niñas con trastornos del desarrollo y con talentos y capacidades excepcionales.

1.1.2 Especificidades del marco legal colombiano para la atención educativa a la población infantil con necesidades educativas especiales como orientación para la propuesta intervención neuropsicopedagógica

Dentro del marco epistemológico de la diversidad, en Colombia así como en la mayoría de los países del mundo, se establece la necesidad de atender pedagógica y terapéuticamente a toda la población sin discriminación por raza, religión, condición de discapacidad u otros aspectos que en el pasado fueron motivo de exclusión de niños y jóvenes de los sistemas educativos imperantes.

A través de la historia, en las instituciones educativas primordialmente se ha visto una gran transformación de las políticas y estrategias de atención a los niños y jóvenes diferentes o “especiales”; en la edad media el paradigma imperante fue el de la *exclusión*, donde los estudiantes no tenían derecho a acceder al servicio educativo y eran atendidos en instituciones dedicadas exclusivamente a brindar servicios de salud; a mediados del siglo XX y después de la aparición de nuevas corrientes pedagógicas como *La Escuela Nueva*, empezó un cambio de modalidad y estas personas podían acceder a servicios educativos en instituciones de educación especial creadas con el fin de lograr procesos de rehabilitación integral. Estas instituciones fueron fortaleciéndose pero seguía prevaleciendo el paradigma de la exclusión. Desde la década de los años cincuenta aproximadamente, se dió el cambio de esa mentalidad por un enfoque de *integración*, operativizado en algunas instituciones en Colombia a través de las aulas especiales dentro de la escuela ordinaria o con la asistencia del niño al aula regular pero sin los apoyos que se requerían; este funcionamiento daba al niño y joven diferente o con discapacidad la oportunidad de compartir con sus pares los espacios educativos y algunos contenidos curriculares.

En 1994, con la Ley 115 o Ley General de Educación, aparece el término *Necesidades Educativas Especiales* para aquellos niños que aprendían en forma diferente y que requerían apoyos y atención educativa en igualdad de condiciones que sus pares de la misma edad. Dentro de esta categoría se incluyen personas en situación de discapacidad sensorial, motora y cognitiva, con problemas de aprendizaje, emocionales, de comportamiento y con talentos o capacidades excepcionales. En esta década, aparece un nuevo movimiento que trasciende la integración escolar y es llamado el *Paradigma de la Inclusión*. Plantea que los niños con limitaciones y con talentos y capacidades excepcionales deben educarse en los mismos establecimientos educativos que sus pares sin discriminación alguna y deben acceder al currículo en condiciones de igualdad. De este cambio de perspectiva se desprende que mientras en la *Integración* el niño debe adaptarse a la escuela, en la *inclusión* la escuela y la comunidad se adaptan al niño; es esta entonces, la que conduce a reformular los Proyectos Educativos Institucionales (PEI) hacia la atención educativa en su componente teleológico y en sus gestiones pedagógica, académica, administrativa, directiva y comunitaria. Incluye todas las adecuaciones pertinentes desde las plantas físicas con la eliminación de las barreras arquitectónicas hasta las adaptaciones a los contenidos, logros, recursos, metodologías y formas de evaluación.

Corresponde entonces al estado y a la escuela como institución el cumplimiento efectivo de las responsabilidades de vigilar, regular y garantizar la estabilidad física y emocional de los niños, promover la defensa de sus derechos humanos, posibilitar una sana convivencia en las prácticas de ciudadanía y democracia y el desarrollo de una vida social y escolar caracterizados por la equidad y la tolerancia frente a la diferencia.

El Ministerio de Educación Nacional plantea lineamientos generales para la orientación educativa de los niños y jóvenes en situación de discapacidad así como con talentos y capacidades excepcionales. En las diferentes leyes, decretos, reglamentos y normas que hacen parte de la Constitución Política de Colombia, se describen los servicios educativos los cuales deben ser prestados teniendo en cuenta las diferentes modalidades de la atención educativa formal, no formal e informal. Igualmente, se dan orientaciones para las instituciones educativas que ofrezcan servicios para personas con limitaciones, en el sentido de acoger los requerimientos para la integración social y académica e implementar programas de apoyo especializado para la adecuada atención de las personas en mención (Artículos 1, 46, 47, 48, 49 de la Ley 115 de 1994).

En el Decreto 2082 de 1996 o Plan de Cubrimiento Gradual (reglamentario de la ley 115), se establece la atención educativa para personas con limitaciones o talentos excepcionales. En este contexto se entiende como Necesidades Educativas Especiales (NEE), las dificultades mayores que presenta un estudiante, con relación al resto de los compañeros para acceder a los aprendizajes; estas se derivan de las esferas del desarrollo humano como factores cognitivos, físicos, sensoriales, de la comunicación, emocionales y psicosociales. Este término acoge tanto a personas en *situación de discapacidad* (necesidades educativas permanentes), como a personas con *dificultades de aprendizaje* (necesidades educativas transitorias); el docente debe ser capaz de atender en el aula de clase a todos los niños y niñas independientemente de sus condiciones particulares.

De acuerdo con este decreto se define que en el Proyecto Educativo Institucional se deben especificar las adecuaciones curriculares, organizativas, pedagógicas, de recursos físicos, tecnológicos, materiales educativos de capacitación y de perfeccionamiento docente, (Artículo 6), buscando que la mayoría de instituciones del país se conviertan en Escuelas Inclusivas. Además plantea una serie de lineamientos de los cuales se deduce al menos teóricamente, que contribuyan a la adecuada atención de la población con necesidades educativas especiales; entre estos se destaca la conformación en los entes territoriales de

las Unidades de Atención Integral (U.A.I.), como un conjunto de programas y servicios profesionales, para apoyar desde las áreas pedagógica, terapéutica y tecnológica a los establecimientos educativos de su jurisdicción (Artículo 15).

En los aspectos relacionados con la formación de educadores se considera que las Escuelas Normales Superiores y las facultades de educación tengan en cuenta las experiencias, contenidos y prácticas pedagógicas relacionadas con la atención educativa de las personas con limitaciones en el momento de elaborar los correspondientes currículos y planes de estudio (Artículo 18). En cuanto al apoyo financiero establece que las fuentes para financiar acciones de atención educativa de las personas con limitación o con excepcionalidad son recursos del situado fiscal, recursos propios de los Departamentos, Distritos y Municipios y demás transferencias que la Nación haga a las entidades territoriales para este efecto (Artículo 21).

Los lineamientos disponen también el apoyo técnico del MEN, las Secretarías de Educación y de los institutos descentralizados del sector educativo a los programas institucionales, investigaciones y experiencias de atención educativa (Artículo 24).

Por otra parte, la Resolución 2565 de octubre 24 de 2003 del Ministerio de Educación Nacional, establece parámetros y criterios para la prestación del servicio educativo a la población con limitaciones de orden físico, sensorial, psíquico, cognoscitivo o emocional y con talentos y capacidades excepcionales; delega en las entidades territoriales la organización de la oferta, determinando los establecimientos educativos que prestarán el servicio a esta población, teniendo en cuenta el PEI y la demanda. Estos deberán regirse por los lineamientos que para tal fin ha creado el MEN; además, las Secretarías de Educación tienen la potestad de definir personas e instituciones que se encarguen de la evaluación psicopedagógica y diagnóstico interdisciplinario de los niños y jóvenes (Art. 1, 2,3 y 4).

Parte importante de la reflexión generada con este trabajo monográfico, es la necesidad de participación activa por parte del profesional en neuropsicopedagogía en los procesos de integración e inclusión escolar y en los de asesoría y acompañamiento a los docentes en cada institución educativa. La Resolución 2565 en este sentido, menciona que los docentes y otros profesionales de apoyo ubicados en la Unidades de Atención Integral (UAI) se encargarán de (Art 5 y 6):

- Promover la integración de los estudiantes a la educación formal.
- Participar en el registro y evaluación psicopedagógica de la población.
- Asesorar a los establecimientos educativos en la reformulación de los Proyectos Educativos Institucionales,
- Coordinar la prestación del servicio con otros sectores.
- Asesorar a los docentes de aula.
- Desarrollar proyectos de investigación y divulgar resultados y avances.
- Coordinar y concertar los apoyos pedagógicos, los proyectos personalizados y las adecuaciones curriculares pertinentes.
- Participar en comisiones de evaluación y promoción.
- Coordinar la participación de expertos en el caso de lengua de señas y alfabeto Braille.

Como puede concluirse, la legislación colombiana posibilita elevar la calidad de vida de los niños en situación vulnerable por presentar necesidades educativas especiales. La Neuropsicopedagogía por su carácter inter y multidisciplinar, amplía su campo de acción hacia la atención de los niños en forma integral, liderando procesos y por medio de trabajo en equipo con personal de otras disciplinas o áreas de especialización en la temática. Apoyados en la ley, los niños deben acceder a los apoyos que se requieran en cada caso particular en la institución educativa, estableciendo el sistema de apoyos desde los transitorios e intermitentes hasta los generalizados y permanentes.

1.1.3. Síntesis de las principales tendencias en intervención clínica y pedagógica en población infantil

Durante los últimos años los avances en la psicología cognitiva, la pedagogía, la cibernética, la neuropsicología, la psicolingüística, etc, han conducido al surgimiento de diversos enfoques y modelos teóricos y metodológicos para intervenir en las diferentes dimensiones del Desarrollo Infantil normal y alterado. Entre estos aportes se destacan los derivados de las teorías del aprendizaje, teorías sistémicas, alternativas pedagógicas, rehabilitación cognoscitiva, entre otros.

Estos aportes resultan exitosos en la medida en que su aplicación esté respaldada por el fundamento teórico-conceptual del profesional, no sólo en los aspectos propios del neurodesarrollo, sino también en los aspectos relativos a la intervención pertinente y específica. En los siguientes apartados se sintetizan algunos de estos aportes como marco introductorio a la ampliación teórico-conceptual de enfoques y modelos de intervención en niños con trastornos del desarrollo y con talentos o capacidades excepcionales, temática que se desarrolla extensamente en el capítulo 2 de esta monografía.

La intervención en **Trastornos Específicos del Aprendizaje (TEA)** se ha apoyado en dos grandes orientaciones: el *modelo del déficit* y el *modelo metacognitivo*. El primero y concretamente en los trastornos de la lectura y la escritura por ejemplo, asume la existencia de una organización cognitiva diferente, concepto apoyado en conocimientos surgidos de la neuropsicología cognoscitiva, planteando como énfasis el reentrenamiento directo en los procesos deficitarios. El segundo modelo, por el contrario, está en el orden de las propuestas centradas en el “*aprender a aprender*” y “*enseñar a pensar*”, cuya base teórica remite al entrenamiento en los aspectos metacognitivos, destacando al alumno como ser autónomo y auto-regulado y por lo tanto, controlador de su propio aprendizaje. Así, su desarrollo y aprendizaje se convierte en una búsqueda activa y constructiva en la que el profesor es el mediador y el alumno se encarga de aprender a aprender.

La escuela soviética por su parte plantea, que el énfasis debe ser el estimular el fondo neurofisiológico como soporte material del desarrollo, según sus principios y leyes, a partir de un modelo integrador del trabajo de los dos hemisferios cerebrales con reforzamiento de la actividad del hemisferio derecho. De esta forma se contribuiría a fortalecer los enlaces intra e interhemisféricos (enlaces funcionales cerebrales) y a reorganizar el pensamiento en las diferentes etapas evolutivas piagetanas lo cual favorecería un cambio en la estructura psicológica de la actividad mental. Adicionalmente, el desarrollo de las áreas terciarias (5 a 8 años hasta adolescencia) permitiría una más compleja e integrada actividad cognoscitiva del niño, en donde el papel regulador del lenguaje en la conducta (desde los 5 años): conllevaría al cambio de la estructura psicológica de los restantes procesos mentales.

En cuanto al manejo de **Trastornos Comportamentales**, una línea de trabajo que se destaca es la *cognitivo-comportamental*. Sin embargo, aproximaciones denominadas *multimodales*, se postulan como las que más beneficios aportan, como sucede en el caso de niños y niñas con TDAH, ya que se ha demostrado que el uso de tratamientos combinados

resultan ser los más favorables en la intervención. Otra tendencia importante se deriva de la *teoría contextual del desarrollo* propuesta por Vigostky. Particularmente el concepto de *“función reguladora del lenguaje”* en la intervención de niños y niñas con TDAH, resulta uno de los elementos cardinales en este abordaje. Desde un *modelo neuroconductual*, Barkley postula que lo genuino del comportamiento en el niño con TDAH son dos tipos de déficit: Incapacidad para generar reglas y el fallo para manejar la conducta gobernada por reglas (CGR), así como una respuesta anormal a las consecuencias del medio. Desde este modelo se considera que el TDAH es reflejo de una *disfunción ejecutiva*, específicamente, un déficit para el *control inhibitorio conductual*. Este déficit sería atribuible a una disfunción de la corteza prefrontal, sustrato de las funciones ejecutivas.

En población con **Discapacidad Cognitiva** (ej: retraso mental), en los últimos años la reconceptualización de este como una condición y no como una enfermedad, ha venido mostrando una línea paradigmática en donde se enfatiza en las intensidades de los apoyos, de acuerdo con las características individuales y del entorno y no en los niveles de severidad del cuadro establecidos a partir de criterios exclusivamente psicométricos. Esta aproximación es quizá la más representativa de los enfoques ecológicos. Desde una perspectiva basada en los procesos cognoscitivos, la teoría de *la modificabilidad cognitiva*, *Feuerstein* defiende que la inteligencia del individuo se ve reflejada en la capacidad para usar las experiencias del aprendizaje previas y para adaptarse, por lo que el organismo está abierto hacia la modificabilidad en todas las edades de desarrollo. La fuente de dicha modificabilidad está dada por la estimulación que se recibe. El docente, padre, adulto es un mediador (monitor) que equivale a una guía privilegiada del proceso de aprendizaje.

Con relación al manejo de los **Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD)**, como entidades clínicas caracterizadas por el compromiso de gran parte de las funciones cognoscitivas, la intervención resulta ser muy compleja ya que los TGD se acompañan de una serie de síntomas que afectan una o varias de las dimensiones del niño por la presencia de patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos y estereotipados, que comprometen la interacción social, además del desarrollo cognitivo como tal. Para una adecuada intervención a nivel sistémico e integral, el punto de referencia serán las verdaderas necesidades de cada uno tanto en el ámbito personal como familiar, social y comunitario, a fin de ofrecer respuestas científicas y prácticas a las expectativas del niño y

su familia, partiendo de los déficit y las potencialidades. Lo fundamental de la intervención debe centrarse en un objetivo inclusionista, donde todos los servicios comunitarios se pongan a disposición de las personas con discapacidad para elevar su nivel de vida y lograr ser una persona productiva en la sociedad. Adicionalmente las estrategias conductuales e instrumentales o derivadas de enfoques cognitivos, sociales, educativos e instruccionales, así como las dirigidas a programas de integración educativa y comunitaria, idealmente deben insertarse en modelos comprensivos y sistémicos que den respuesta a las necesidades de las personas en los entornos lo más normalizantes posible.

Por su parte trastornos de la esfera afectiva como la **depresión infantil** y la **ansiedad** pueden tener su impacto negativo en el desarrollo académico de niños y niñas al menoscabar su funcionamiento cognoscitivo. Durante muchos años el tratamiento de los mismos se ha dirigido a la combinación entre psicoterapia y farmacología. La intervención terapéutica como tal, se apoya en orientaciones de tipo conductual y cognitivo conductual, tanto en su formulación y evaluación como en su tratamiento. Diversas corrientes teóricas han hecho aportes con el fin de brindar herramientas de defensa a las familias y a los niños con este tipo de trastornos, pero los esfuerzos en el mundo de hoy se han visto menoscabados debido a las condiciones de abandono, violencia, pobreza, disfuncionalidad familiar, deserción escolar y falta de oportunidades; estas situaciones, a las que el niño se ve sometido desde tempranas edades, alteran su normal y armónico desarrollo, llegando incluso a peligrar su integridad física y mental, como lo sería el caso del suicidio. Por ejemplo, el Programa Emoción-Actividad-Cognición –PEAC- (Caballo, 2002), se considera un tratamiento integrado para la depresión infantil y adolescente, ya que se desarrolla en varias fases (educativa, aplicación y consolidación) e incluye elementos fundamentales para el logro del objetivo tales como educación emocional, reestructuración cognitiva y otros elementos complementarios como son habilidades sociales, relajación, higiene del sueño, reatribución, tareas para la casa, solución de problemas y entrenamiento en autocontrol. Adicionalmente, este programa incluye la colaboración de los padres como coterapeutas para mejorar las relaciones deterioradas entre padres e hijos ya que incluye entrenamiento en negociación y solución de conflictos.

Con respecto a los **trastornos de ansiedad**, el tratamiento en la infancia se ha enfocado además de intervenciones de orientación conductual y cognitivo-conductual, a intervenciones de tipo neoconductista mediacional, operacional, cognitiva y de juego,

procurando fomentar la colaboración y participación del niño, para reducir sus miedos y ansiedades. La colaboración de los padres también resulta fundamental en la aplicación de las técnicas de intervención, las cuales son más efectivas cuando se llevan a cabo en el contexto natural del niño y no en el ambiente artificial de la consulta. No se debe desconocer el efecto y uso de los psicofármacos, que consiguen ser efectivos paralelamente con la intervención terapéutica integral.

En cuanto a la atención educativa del niño con **talentos o capacidades excepcionales**, en el contexto de las corrientes de *atención a la diversidad*, surgen nuevos paradigmas conceptuales y actitudinales que abren diversas perspectivas a los niños y niñas que superan el promedio no sólo en las áreas académicas sino en las demás esferas del desarrollo, ya sea comprendiendo el concepto de *superdotado* planteado por Valades (2006) como “los alumnos que al presentar un nivel intelectual de rendimiento superior en una gama de aptitudes y capacidades, aprenden con facilidad cualquier área o materia” o asumiendo el concepto de *niños talentosos* como aquellos alumnos que muestran habilidades específicas en áreas muy concretas (artística, plástica, psicomotora, musical, lingüística, lógico matemática, ambiental, interpersonal, etc.); es claro que la intervención neuropsicopedagógica en los niños y niñas pertenecientes a estos grupos no ha de dirigirse al déficit sino a la potencialidad, de forma que responda no sólo a sus características y necesidades propias, sino también al logro del máximo rendimiento en el ámbito laboral y obtener un máximo nivel en su calidad de vida; de suma importancia es, igualmente, enfatizar el aspecto profiláctico pues no se desconoce que personas con altas capacidades que no tengan satisfechas sus necesidades emocionales puedan convertirse en individuos desadaptados, con una cuestionada salud mental y con el fracaso como norma de vida.

Modelos de intervención como los propuestos por Renzulli (1991), plantean una serie de actividades de enriquecimiento que sirven de guía para elaborar programas diversos e incluyen actividades de exploración general, actividades de entrenamiento e investigación de problemas reales ya sea en forma individual o en pequeños grupos. Las ventajas de este modelo consisten en que son programas diseñados especialmente para niños con talento y superdotación. Estos, además de estar basados en investigaciones y relacionados con el currículo escolar, son sencillos de entender y aplicar, respeta los intereses y estilos de aprendizaje y se incorporan al ambiente de la vida real. Por su parte Gardner, de acuerdo con su teoría de la Inteligencias Múltiples, plantea que para realizar un currículo para los

alumnos de alta capacidad, se deben diseñar programas de ampliación curricular que permitan la activación y el desarrollo de todas las inteligencias variando el tipo de actividades y el nivel de dificultad. Es obvio que el niño y la niña con talento o capacidades excepcionales debe encontrarse inmerso dentro del sistema educativo regular bajo las teorías de atención a la diversidad e inclusión escolar y en diferentes modalidades de acuerdo con las características individuales tales como: Aceleración del Aprendizaje, Escuela Nueva, Sistemas de Enriquecimiento o Enseñanza Individualizada, Potenciación de las Inteligencias Múltiples, Aulas Inteligentes, Metodologías Investigativas, Programas Estrella, Talleres de Apoyo Especial al Excepcional, etc.

Los avances en el campo de la informática también han venido mostrando su incursión en el campo de la intervención neurocognitiva. A nivel comercial existe no sólo una gran disponibilidad de “manuales” con ejercicios específicos, sino también en versiones computarizadas. Estos materiales se constituyen en verdadera utilidad cuando se emplean sobre una base teórica y conceptual sólida acerca de los procesos cognoscitivos y se adaptan a las condiciones particulares. Adicionalmente, recursos de tipo electrofisiológico (neurobiofeedback, estimulación magnética transcraneana), en los últimos años están ofreciendo aplicaciones al campo de la intervención que parecen ser prometedores y que ameritan investigaciones fundamentadas.

Es útil considerar que tanto desde la perspectiva clínica como educativa, la intervención neuropsicopedagógica debe entenderse desde un enfoque sistémico y comprensivo, acogiendo elementos aportantes desde las diferentes disciplinas (neuropsicología y pedagogía) pero también desde la intervención social y comunitaria con el fin de dar respuestas coherentes y complejas a las expectativas de los niños y niñas.

1.1.4. Aproximación al estado del arte en el contexto colombiano en intervención a población infantil con trastornos del desarrollo y con talentos y capacidades excepcionales

Con el fin de obtener información acerca de las tendencias de intervención en el campo clínico y educativo en niños y niñas con trastornos del desarrollo y con talentos y capacidades excepcionales, como parte de esta monografía, se diseñó y aplicó una encuesta a profesionales independientes y vinculados a instituciones en diferentes partes

del país. Los criterios para responder la encuesta fueron ser profesional en las áreas de salud o educación y estar trabajando con la población objeto.

La encuesta (ver anexo 1) consta de la siguiente estructura:

- Contexto laboral: información institucional y del profesional
- Orientación teórica del quehacer: Marco teórico y/o conceptual, modelo pedagógico o de intervención terapéutica, autores o programas de consulta
- Intervención específica: Forma de articular procesos; programas, recursos y/o paquetes adquiridos comercialmente; aspectos a mejorar en los procesos de intervención y recursos de intervención (con el niño, con la familia, con los docentes); estrategias de intervención interdisciplinaria; estrategias dentro del ámbito educativo; diseño de instrumentos de evaluación, control y seguimiento de los avances terapéuticos.

Cada grupo de trabajo constituido por los estudiantes de la VIII cohorte, elaboró un consolidado con el análisis de los resultados de las encuestas, el cual se presenta como anexo en un formato diseñado para tal fin (ver anexos al final de cada apartado del capítulo 2). Este análisis, para los propósitos de la monografía, se constituye sólo como un primer paso para explorar el contexto general de la intervención. Es claro que este material puede reservarse como un insumo para análisis más exhaustivos en posteriores investigaciones.

Se administró un total de 111 encuestas distribuidas en los siguientes municipios: Bogotá, Sibaté, Girardot (Cundinamarca), Villavicencio, Acacías (Meta), Anserma y Manizales (Caldas), Florida Blanca y Bucaramanga (Santander), San Juan de Pasto (Nariño), Popayán y Florencia (Cauca), La Virginia y Pereira (Risaralda).

Los profesionales encuestados contaron con formación de pregrado en psicología, medicina, pedagogía, trabajo social, terapia ocupacional, educación especial y fonoaudiología. Algunos de estos, contaban con formación especializada de postgrado a diferentes niveles. La mayoría de ellos se desempeña en procesos de evaluación y diagnóstico pero a su vez, aunque con menor frecuencia, en intervención terapéutica y asesoría a equipos institucionales.

En cuanto a la orientación teórica en el quehacer de los profesionales encuestados se encontró:

En los Trastornos Específicos del Aprendizaje las principales orientaciones de intervención, tienen en cuenta las teorías cognitivas como primera opción. En segunda posición las teorías conductuales y del neurodesarrollo; le siguen las teorías constructivistas y en último lugar están las teorías conexionistas. Cada profesional utiliza sus propios instrumentos y/o baterías de evaluación diagnóstica y de igual forma plantea su plan de trabajo, marco teórico, modelo, autores y programas, de acuerdo a su área de formación.

Su desempeño laboral en las áreas clínica y educativa se relaciona con procesos de evaluación diagnóstica y con procedimientos de intervención terapéutica individual. Mencionan que la evaluación diagnóstica es fundamental y determinante para plantear el plan de intervención, así como el trabajo en equipo interdisciplinario, el conocimiento de la problemática por parte de los padres y el tiempo de implementación.

En los trastornos del comportamiento el enfoque más señalado es el cognitivo-conductual, mencionándose otros como el humanista, el constructivista, el comunicativo-hermenéutico y pedagogías como la Amigoniana y la Activa, además de la terapia reeducativa, así como las teorías de Freinet, Montessori y Vigotski. Como puede verse existe una confusión conceptual relacionada con teoría, enfoque, modelo y estrategias de carácter pedagógico. Aunque la teoría cognitivo-conductual es la que mayor referencia tiene por los encuestados, se logra visualizar que estos han venido trabajando sin tener clara una forma específica de intervención y desconociendo muchos aspectos para el manejo de un perfil preciso como el que tienen los niños con Trastorno por Déficit Atencional/Hiperactividad (TDAH), Trastorno Oposicionista Desafiante (TOD) o el Trastornos Disocial de la Conducta (TDC). También se aprecia que aunque se está realizando un trabajo más ajustado a las demandas de esta población, este se está llevando a cabo de manera muy aislada, lo que necesariamente hace urgente, trabajar interdisciplinariamente.

En discapacidad cognitiva el enfoque más utilizado es el cognitivo, destacándose el constructivista. Se observó que no hay claridad frente a la diferencia entre modelos, enfoques, teorías y técnicas; además en las respuestas se limitan a nombres de modelos y tipos de terapias, sin descripción y explicación sobre los mismos que posibiliten una claridad sobre la forma de trabajo. Sin embargo, se menciona una amplia gama de autores

representativos de los modelos teóricos más conocidos en nuestro medio que oscilan desde posturas conductistas, humanistas, psicodinámicas y constructivistas. Hacen mención al DSM IV que es un manual diagnóstico y a Freud que no representa un modelo específico sobre la discapacidad cognitiva. En varias instituciones basan su intervención en autores del conductismo clásico en el que se han hecho significativos avances investigativos y teóricos, que han dado paso a tipos de intervención más contemporáneos en el que se tienen en cuenta las condiciones actuales de la discapacidad.

En Trastornos Generalizados del Desarrollo la corriente teórica que adscribe el mayor número de las personas encuestadas la constituye el modelo cognitivo-conductual y un bajo porcentaje tiende a utilizar enfoques como el sistémico, psicodinámico, educativo, psicosocial e integrativo; sin embargo, resulta llamativa la mención de las inteligencias múltiples como modelo teórico, del cual no se cuenta con documentación específica en torno a los TGD. También se menciona el enfoque conductual (bajo el modelo ABA) y otro tipo de intervenciones como hidroterapia, entrenamiento en habilidades sociales y terapia física.

Lo anterior permite concluir que la mayoría de las personas encuestadas aplican modelos tradicionales de intervención en los TGD que hacen énfasis en el déficit como tal y en la compensación de las necesidades particulares de los niños; se observó una indiferencia terapéutica para incluir en el tratamiento a otros actores importantes como son la familia extensa, los compañeros de clase, los vecinos, entre otros.

En los Trastornos de Ansiedad los modelos psicoterapéuticos más mencionados son el psicoanalítico, el humanista, el cognitivo-conductual, el conductual y el modelo combinado. Es importante resaltar que se evidencia de forma predominante el uso del modelo cognitivo-conductual por ser un procedimiento activo y estructurado que ha demostrado una gran eficacia y validez científica. Sin embargo, algunos de los encuestados dieron respuestas que realmente no apuntan a modelos, teorías o enfoques, lo cual da la impresión de ser formas de intervención aplicadas de manera empírica. Otro enfoque que se menciona es la psicoterapia sistémica desde un modelo biopsicosocial.

En Depresión Infantil los enfoques más mencionados son el cognitivo-conductual, sistémico, psicodinámico, biomédico y ecológico-constructivista. Uno de los encuestados afirma trabajar desde un modelo de “perspectiva de derecho que incorpora la apreciación positiva de lo existente”. Las orientaciones teóricas en el quehacer de los profesionales

encuestados, presenta a los enfoques cognitivo-conductual y sistémico con un mayor porcentaje, significando con ello que el abordaje de la depresión infantil tiene mayor tendencia a realizarse desde esta perspectiva. Sin embargo, se observa que un porcentaje importante de los encuestados aplica diferentes formas de intervención desde su quehacer sin referir un modelo específico, interpretándose además que no hay una clara diferenciación en el manejo del trastorno como tal, con respecto a otros trastornos.

En el grupo de encuestados sobre niños con talentos y capacidades excepcionales, se mencionan orientaciones que sustentan una mirada del ser humano desde sus necesidades y potencialidades. En este sentido, hacen referencia a programas que manejan una perspectiva inclusionista teniendo en cuenta las características individuales. Algunas entidades educativas trabajan bajo una pedagogía antropológica, que orienta su teoría a una visión más existencialista y epistemológica dirigida a potenciar al ser humano en forma integral, de acuerdo con sus fortalezas y limitaciones. A pesar de que los encuestados no profundizan en modelos pedagógicos de intervención, están familiarizados con teorías cognoscitivas contemporáneas orientadas al constructivismo y al desarrollo del pensamiento. De la lectura también se desprende que en Colombia se está dando una sensibilización hacia la intervención con este tipo de población y consecuentemente, se están realizando esfuerzos que comienzan a consolidarse en algunos programas implementados para su abordaje asertivo; sin embargo, aún se observa una marcada dificultad por parte de las entidades educativas para adaptar su funcionamiento a los avances científicos en la comprensión y en la evaluación de las necesidades de los estudiantes con un alto nivel de desempeño intelectual. Por tanto, al no existir la implementación de estrategias claras para la transformación y la formación específica de los profesionales que rodean las necesidades de estos estudiantes, las posibilidades de fracaso son muy amplias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Battro, A.M. (2005). El Cerebro Educado: Bases de la Neuroeducación consultado el 18 de enero de 2006 en la www.marin.edu.ar/neurolab/home

Delgado, J. (2006). Desmitificación de la Neuropsicopedagogía. Universidad Tecnológica de Pereira. *Revista electrónica de Educación y Psicología*. Nro 4

De la Peña, M.C. (2005). Neuropsicopedagogía: La Psicopedagogía del Futuro. *Tribuna libre*, Vol 2.

Ministerio de Educación Nacional. *Ley General De Educación, Ley 115* de febrero 8 de 1994. Bogotá: Autor.

Ministerio de Educación Nacional. *Plan De Cubrimiento Gradual: Decreto 2082 De 1996, por el cual se reglamenta la atención educativa para personas con limitaciones o con capacidades o talentos excepcionales*". Bogotá: Autor.

Ministerio de Educación Nacional. *Resolucion 2565 de Octubre 24 de 2003, por la cual se establecen los parámetros y criterios para la prestación del servicio educativo a la población con necesidades educativas especiales*. Bogotá: Autor.

Montes de Oca, A. (2005). *Diccionario*. Consultado 13 de enero, 2008 en la <http://www.psicopedagogia.com>.

1.2 JUSTIFICACION

Desde el año 1998, se inicia la producción investigativa de carácter aplicada en el programa de Especialización en Neuropsicopedagogía, lo cual conlleva a publicar en 2004 el volumen denominado “Desarrollo Infantil” de la serie Cuadernos de Línea, en un esfuerzo por sistematizar los desarrollos investigativos realizados hasta entonces.

Estos trabajos dieron lugar a la creación de la línea de investigación sobre “Evaluación Neuropsicopedagógica” adscrita al Grupo de Investigación “Desarrollo Infantil”. En cuanto al propósito de la línea como tal se pretende generar y cualificar proyectos de investigación en torno a la evaluación de procesos neurocomportamentales y psicopedagógicos en población infantil, que posibiliten la elaboración de estrategias de intervención clínica y educativa a nivel individual y colectivo capaces de satisfacer necesidades personales y sociales, de tal forma que permita contrastar, validar y desarrollar referentes teórico-prácticos y abordar las prácticas de evaluación del desarrollo infantil como un proceso científico e interdisciplinario.

De acuerdo con los diferentes temas desarrollados a 2005, se observa que en la tradición investigativa predominan trabajos que enfatizan sobre aspectos de la evaluación infantil en problemáticas tales como el Trastorno por Déficit Atencional/Hiperactividad (evaluación comportamental y prevalencia en Manizales), la dislexia y el bajo rendimiento escolar, la evaluación y desarrollo de habilidades cognitivas, así como el estudio de las propiedades psicométricas en términos de confiabilidad y estructura de un instrumento de evaluación multidimensional de la conducta.

Estos desarrollos investigativos se constituyeron en valiosos aportes para la consolidación de procesos de evaluación en problemáticas infantiles, que condujeron en el año 2005 a plantear la elaboración del macroproyecto **DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE PROTOCOLOS DE EVALUACION E INTERVENCIÓN NEUROPSICOPEDAGÓGICA** en el cual se inscribe esta monografía. Este macroproyecto desarrollado en tres fases, se constituyó en la oportunidad de sistematizar los instrumentos de evaluación generados en las diferentes cohortes, pero planteó la necesidad de trascender las prácticas tradicionales de evaluación del desarrollo infantil al proponerse establecer un marco integral entre la evaluación e intervención y consolidar de esta forma el papel de la neuropsicopedagogía como campo de formación interdisciplinar.

La fase III del macroproyecto se diseñó como un trabajo monográfico que permitiera no sólo presentar una revisión de los diferentes enfoques de intervención de las problemáticas tratadas en las fases I y II, sino ubicar las tendencias de intervención en el medio colombiano y en los diferentes contextos en que se desenvuelven los estudiantes de la especialización, procedentes de diferentes regiones del país.

Posteriormente se diseñó y aplicó una encuesta para realizar una primera aproximación al estado de la cuestión, cuyo análisis contribuyó a contextualizar este trabajo monográfico. Adicionalmente las discusiones generadas al interior de los seminarios de profundización en la especialización, plantearon la necesidad de articular los aportes del enfoque ecológico-contextual y de teorías de la reestructuración cognitiva, en especial de la Modificabilidad Estructural Cognitiva, como bases conceptuales para articular a una propuesta de evaluación e intervención neuropsicopedagógica y como una forma de complementar las estrategias convencionales de los enfoques conductual, cognitivo y neuropsicológico que se revisan y presentan en cada uno de las problemáticas abordadas: Trastornos Específicos del Aprendizaje, Discapacidad Cognitiva, Trastornos Comportamentales, Trastornos Generalizados del Desarrollo, Trastornos Emocionales (Depresión y Ansiedad), así como Talentos y Capacidades Excepcionales.

Teniendo en cuenta que la Neuropsicopedagogía como campo de formación interdisciplinar que busca implementar los conocimientos propios de la neuropsicología, de la pedagogía y de las neurociencias en general, al campo clínico y educativo, resulta fundamental orientar los esfuerzos hacia el establecimiento de aquellas variables que intervienen en los procesos de aprendizaje y favorecen la adecuación del entorno educativo a las necesidades propias de los niños y niñas ya que, tal y como ha sido expuesto a lo largo de la historia, es evidente una disociación entre las potencialidades del niño(a) y las estrategias empleadas para fomentar el desarrollo de las mismas, realizándose, en gran variedad de ocasiones, esfuerzos aislados y poco secuenciales que entorpecen el progreso potencial del niño.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 GENERAL

Fundamentar teórica y praxiológicamente la evaluación y la intervención clínica y psicoeducativa en población infantil, a través de la revisión de las tendencias conceptuales y metodológicas y del estado del arte en estos procesos, con el fin de plantear una propuesta neuropsicopedagógica articuladora.

1.3.2 ESPECÍFICOS

- Desarrollar un marco teórico que dé cuenta de los principales enfoques y tendencias en procesos de intervención clínica y psicoeducativa en las diferentes categorías diagnósticas consideradas en las fases I y II del macroproyecto.
- Realizar una aproximación al estado del arte en procesos de intervención clínica y psicoeducativa en población infantil colombiana.
- Generar una propuesta de intervención neuropsicopedagógica en población infantil con trastornos del desarrollo y con talentos y capacidades excepcionales.
- Elaborar una síntesis de los principales programas específicos de intervención.

1.4 METODOLOGÍA

Para la realización de la monografía se conformaron 7 equipos interdisciplinarios de acuerdo con las categorías diagnósticas planteadas en las fases I y II del macroproyecto; cada integrante firmó la respectiva acta de compromiso. Posteriormente se elaboró y socializó un documento con los *lineamientos para la estructura general del trabajo monográfico, especificación de avances y cronograma* (Ver anexo 2), de acuerdo con los diferentes momentos del proceso y productos esperados. Estos fueron:

- Seminario expositivo acerca de la sistematización de los Protocolos de Evaluación Neuropsicopedagógica implementada en las fases I y II de este macroproyecto, con el fin de demostrar solvencia teórica y conceptual por parte de las asistentes de investigación.

- Elaboración conjunta (asesoras y estudiantes) del instrumento “*Tendencias de intervención en el campo clínico y educativo en niños y niñas con trastornos del desarrollo y con talentos y capacidades excepcionales*” (ver anexo 1) para la aproximación al estado del arte en intervención en Colombia, a manera de encuesta.
- Elaboración del marco teórico a partir de la revisión bibliográfica de los enfoques y modelos, así como de las tendencias y programas específicos en el campo de la intervención para cada una de las categorías planteadas en las fases I y II.
- Asistencia y participación a los seminarios teóricos de profundización sobre enfoques de intervención en la población infantil.
- Elaboración de la propuesta de intervención neuropsicopedagógica.

2. TENDENCIAS TEÓRICAS Y METODOLÓGICAS EN LA INTERVENCIÓN CLÍNICA Y PSICOEDUCATIVA DE LA POBLACIÓN INFANTIL

Como parte de los lineamientos para la elaboración de este trabajo monográfico, se estableció una revisión bibliográfica concienzuda de los enfoques, tendencias y modelos de intervención en los siguientes grupos de niños: Con Trastornos Específicos del Aprendizaje, discapacidad cognitiva, trastornos comportamentales, trastornos generalizados del desarrollo, trastornos de ansiedad y depresión infantil. Para cada uno de estos grupos se tuvo en cuenta la denominación del enfoque, generalidades, reseña histórica y/o evolución del concepto, postulados teóricos y metodológicos, así como ventajas y desventajas en su aplicabilidad.

Para el último grupo, correspondiente a niños con talentos y capacidades excepcionales, se presenta la evolución histórica del concepto de inteligencia y de superdotación y se revisan las formas educativas o alternativas pedagógicas de agrupamiento y de integración-inclusión. Posteriormente aparecen los proyectos y programas de intervención.

2.1 TRASTORNOS ESPECÍFICOS DEL APRENDIZAJE ESCOLAR

La presente revisión pretende ampliar la comprensión de los Trastornos Específicos del Aprendizaje (TEA) desde el punto de vista de los enfoques teóricos empleados en la intervención o mejora de las dificultades usualmente referidas a este constructo, el cual y de acuerdo con la línea teórica adoptada en este trabajo, considera los TEA como “Un grupo heterogéneo de trastornos que se manifiestan por dificultades significativas en la adquisición y uso de la recepción, habla, lectura, escritura, razonamiento o habilidades matemáticas.

Estos trastornos son intrínsecos al individuo, suponiéndose debidos a una disfunción del SNC y pueden ocurrir a lo largo del ciclo vital. Pueden coexistir con problemas en las conductas de autorregulación, percepción social e interacción social, pero no constituyen en sí mismas un TEA. Aunque estos pueden ocurrir concomitantemente con otras condiciones incapacitantes (deficiencia sensorial, retardo mental, trastornos emocionales graves) o con influencias extrínsecas (diferencias culturales, instrucción inapropiada o insuficiente) *no* son el resultado de estas condiciones o influencias” (Junta del Comité Nacional de dificultades

de aprendizaje, sigla en inglés de *National Joint Committee on Learning Disabilities*, NJCLD, 1988).

Los TEA comprometen ciertas áreas del aprendizaje académico y afectan el ritmo escolar habitual en niños con adecuadas capacidades intelectuales. Estas dificultades usualmente no se solucionan con los métodos corrientes de enseñanza ya que dependen de alteraciones en el desarrollo de la maduración neuropsicológica, manifestándose a diferentes niveles: nivel de recepción del contenido educacional (insuficiente percepción auditiva o visual); nivel de comprensión, integración y organización mental de los procesos asimilados (diferencias en el pensamiento, insuficiente comprensión del lenguaje o de la lectura, incapacidad para efectuar operaciones del cálculo); nivel de retención de contenidos (memoria visual y auditiva); nivel de la expresión verbal o escrita.

En esta revisión se presenta un breve recorrido por las diferentes concepciones teóricas que han orientado el campo de la intervención en los TEA, teniendo en cuenta que estos han hecho parte de una denominación más genérica conocida como Dificultades del Aprendizaje Escolar (DAE) y frente a las cuales, las perspectivas conductual, neuropsicológica y cognitiva principalmente, han influido el desarrollo de diferentes programas de intervención dirigidos a subsanar las limitaciones, derivando en dos enfoques clásicos: **enfoque clínico** y el **enfoque pedagógico**.

En el **enfoque clínico** las aplicaciones de la intervención se apoyan en los avances investigativos sobre las bases neurobiológicas de las alteraciones, así como en las explicaciones que interpretan dichas alteraciones en función de deficiencias en el procesamiento cognitivo y en los subtipos neuropsicológicos resultantes según el ámbito (dificultades primarias o secundarias) y el momento evolutivo. En este abordaje se asume que en la base de los TEA hay alteraciones en el desarrollo neuropsicológico, concepto del cual se derivan dos grandes orientaciones con implicaciones particulares no sólo para la comprensión de los mismos sino para su intervención: El modelo de *secuencia similar* y el *modelo del déficit*. Adicionalmente, de los esfuerzos por integrar en un modelo abarcativo los avances de la neurociencia aplicados a la educación surge en los últimos años el *modelo neurocognitivo*, el cual supone grandes retos en los campos investigativo y aplicado.

Por su parte, desde el **enfoque pedagógico**, la intervención se ha visto influida por las reconceptualizaciones acerca del aprendizaje desde la óptica cognitiva en sus diferentes variantes, así como en función del patrón académico de las dificultades (trastorno de la lectura, escritura o cálculo). La distinción de los factores socioculturales e institucionales que estarían en la base de las dificultades del aprendizaje y que dan relevancia tanto al contexto de aprendizaje así como a déficit estratégicos en el procesamiento de la información, han conducido a enfatizar el desarrollo de habilidades cognitivas y metacognitivas en la implementación de los diferentes programas de intervención.

En cada uno de los modelos se hará énfasis en los elementos que posteriormente permitirán un análisis crítico de los resultados arrojados en la aplicación de encuestas a diferentes profesionales que trabajan con esta población. De esta forma y desde esta temática particular, el ejercicio permitirá integrar elementos para conceptualizar la propuesta de intervención neuropsicopedagógica, propósito fundamental de este trabajo monográfico. Complementariamente se presentan las principales tendencias y programas de intervención, como apoyo para la formulación de intervenciones educativas más apropiadas en el manejo de las dificultades esenciales que evidencian niños y niñas con TEA.

Enfoques teóricos en la intervención

A partir de las tendencias teóricas que han marcado el avance del conocimiento en torno a los trastornos del aprendizaje, es posible delimitar aquellas que han contribuido a clarificar aspectos nucleares de dichos trastornos (propósito desarrollado en la fase I de este macroproyecto), así como a aportar las bases para diseñar los diversos programas de intervención. Estos programas, necesariamente reflejan las diferentes teorías explicativas; por tal razón, en este apartado se considerarán los modelos de intervención, derivados de dichos enfoques teóricos y que cuentan con mayor apoyo y que a su vez, han influido el abordaje tanto en la práctica clínica como pedagógica.

Enfoque conductual

De acuerdo con el postulado básico de considerar el aprendizaje como una secuencia de procesos asociativos entre estímulos y respuestas producidas a través de la repetición o práctica, desde este modelo las dificultades del aprendizaje no se consideran en términos de déficit, sino como una insuficiencia en la práctica y experiencias en relación con las tareas

de aprendizaje (Soriano, Miranda & Cuenca, 1999). Por tanto, la causa de los trastornos del aprendizaje estaría en fallas a nivel de las exigencias y/o características de la escuela, del currículo y/o de las metodologías que privilegian el desarrollo programático, desconociendo el nivel de madurez y/o desarrollo cognitivo de los niños. Dado que según este enfoque, el aprendizaje ocurre de una manera secuencial, las destrezas deben ser adquiridas en orden. Como objetivo de la intervención, estaría el identificar las destrezas y deficiencias para diseñar un programa de intervención con objetivos específicos, lo que permitiría establecer metas observables y medibles. En el análisis de la tarea se requiere que los procedimientos instruccionales vayan paso a paso y estén basados en el currículo para así determinar qué sabe o no el estudiante dentro de la secuencia que plantea el currículo.

Lo anterior determina las bases para el programa de intervención (entendida esta como “instrucción programada”), el cual exige que las ejecuciones del estudiante sean medidas con frecuencia y ordenadas secuencialmente para alcanzar los objetivos del currículo y de esta manera, atender a las necesidades particulares. La intervención se enfoca en la identificación de estrategias instruccionales efectivas para niños que difieren en algunas variables relacionadas con el aprendizaje académico. El procedimiento utilizado puede ser lógicamente esquematizado para el salón de clase. Inicialmente se selecciona un proceso psicológico (percepción auditiva, memoria). Luego, se divide el proceso psicológico en categorías secuenciales, cuantificables y medibles para después aplicar una prueba que evalúe la ejecución en dichas categorías desde la línea psicométrica en donde se determina si la causa del trastorno es una lesión cerebral (la cual evidenciaría alteración en la percepción, conceptualización, psicomotricidad y/o las funciones psicológicas básicas), y finalmente, se desarrolla un programa que se supone, remedia el déficit en las destrezas relacionadas con la prueba. A partir de este modelo surgen numerosos programas cuyo énfasis está en el fortalecimiento del área débil para estimular el aprendizaje.

Ventajas y desventajas: Dado que este enfoque plantea la génesis de los trastornos del aprendizaje en el aula escolar, la intervención pretende comprometer al sistema escolar con todos sus componentes en el abordaje y reconocimiento de dichos trastornos. Resulta por tanto de gran importancia su interés por identificar tanto las deficiencias como las destrezas a fin de implementar estrategias que actúen en doble sentido, es decir, resolviendo el déficit y reforzando las áreas fuertes, lo cual permitirá desarrollar competencias por medio de experiencias significativas y actividades adaptadas, con base en un trabajo organizado muy

ceñido al currículo, con metas observables y medibles. Sin embargo, la excesiva dependencia del currículo limitaría la adecuación de los programas a las características individuales, particularmente en aquellos estudiantes deprivados socioculturalmente o con retrasos madurativos.

Enfoque neuropsicológico

En el campo de la intervención de los TEA, y desde una aproximación neuropsicológica, los enfoques están determinados por el marco teórico que subyace a la concepción de *Desarrollo*, lo cual ha conducido a la cuestión acerca de si un niño con esta condición sigue o no la misma secuencia en su aprendizaje que un niño normal. De esta cuestión surgen dos grandes hipótesis:

Hipótesis de la secuencia similar: Se asume las diferencias como variaciones normales del proceso de adquisición, es decir, los niños tendrían una organización cerebral menos madura pero no diferente. Las diferencias estarían dadas en los aspectos relativos a la velocidad/rapidez con que el niño pueda realizar los aprendizajes.

Hipótesis del déficit: Bajo la cual se considera que estos trastornos obedecen a una organización cognitiva diferente. Esta concepción se relaciona con explicaciones causales de orden neurobiológico, tales como aquellas que atribuyen dichos trastornos a fallas en el desarrollo neuropsicológico, por deficiencias y/o problemas en la constitución y/o funcionamiento de estructuras a nivel cortical que conllevan a déficit en los procesos cognoscitivos (inherentes a procesos de lectura, escritura y cálculo matemático) que tienen asiento en dichas estructuras.

Inicialmente surgieron programas que influyeron la intervención hasta la década de los años 70 basados en entrenamientos de procesos psicológicos básicos que partían del supuesto de que las dificultades eran causadas por trastornos en uno o en varios de dichos procesos interfiriendo el aprendizaje (percepción, atención, memoria, etc.). Es decir, se desarrollaron enfoques que pretendían mejorar aspectos deficitarios en los procesos psiconeurológicos considerados prerrequisitos del aprendizaje lo que conllevó a la formulación de programas correctivos que atribuían por ejemplo, los problemas de aprendizaje de la lectura a deficiencias perceptuales. Es decir, en cuanto la dislexia se consideraba como un trastorno perceptivo-visual, las estrategias de intervención estaban dirigidas a mejorar las habilidades de percepción y discriminación visual, el esquema corporal y la dominancia lateral, la orientación y organización espacial. Los avances investigativos demostraron que dichas

habilidades no son predictoras del aprendizaje lectoescrito ni explican de manera consistente las dificultades. Posteriormente los avances investigativos de corte neurobiológico (genéticos y neuroanatómicos) apoyaron el posible origen constitucional de la dislexia y demostraron alteraciones estructurales particulares. Lo anterior dio pie a la hipótesis de una organización cognitiva diferente en los trastornos específicos del aprendizaje (hipótesis del déficit). Adicionalmente los estudios de tipo psicolingüístico encontraron alteraciones en diferentes aspectos del procesamiento del lenguaje oral, en particular en las habilidades fonológicas, hallazgos que han tenido gran impacto tanto en los procedimientos de evaluación como de intervención.

Bajo la perspectiva de los procesos psiconeurológicos básicos también surgieron programas que acudieron a la estimulación del desarrollo motor y al entrenamiento de capacidades lingüísticas y viso-motoras, los cuales se hicieron muy populares y recibieron gran aceptación en el campo educativo; entre estos se encuentran:

- El entrenamiento psicolingüístico basado en el Test de Habilidades Psicolingüísticas de Illinois (ITPA): Basado en un modelo de procesamiento del lenguaje y sus niveles de organización, en donde las pautas de intervención están dadas en los aspectos de decodificación, asociación y codificación.
- El entrenamiento perceptivo visual (basado en el test de Frostig), que hace énfasis en el entrenamiento de las diferentes subhabilidades que conforman este dominio.
- El entrenamiento perceptivo-motor de Kephart: Propone el desarrollo de habilidades sensoriomotrices como fundamento de aptitudes visoperceptivas ya que estas son el punto partida del aprendizaje cognitivo superior. Enfatiza la manipulación de datos perceptuales para fortalecer la imagen corporal a partir de entrenamientos en la lateralidad y direccionalidad, así como en el desarrollo de habilidades de percepción de forma, discriminación espacial y control ocular.
- El método de Doman-Delacato: Parte del desarrollo neurológico como precedente de las habilidades psicomotoras y psicolingüísticas, por lo cual el tratamiento debe progresar ininterrumpidamente desde y hasta el punto en el cual se detiene la organización neurológica; los entrenamientos enfatizan las actividades fallidas en la evaluación.

Posteriormente el trabajo en los procesos básicos fue replanteado debido a su poca relación con aprendizajes instrumentales y a su pobre eficacia para reducir los supuestos déficit subyacentes. Adicionalmente, y gracias a las reformulaciones acerca del aprendizaje por un lado, y del funcionamiento cerebral por otro, surgen otras tendencias que trasladan la visión de las dificultades del aprendizaje del enfoque clínico al enfoque pedagógico, tendencias que se derivan de las teorías cognitivas del aprendizaje. En el apartado sobre el enfoque cognitivo se desarrollan las bases teóricas de esta orientación.

Desde la perspectiva neuropsicológica, la intervención ha estado influida por las concepciones teóricas en torno a la relación desarrollo cerebral y funcionamiento cognitivo, y que han dado origen a modelos explicativos de dicha relación, así como a distintas variantes del quehacer neuropsicológico. En este apartado se hace una breve reseña de las principales conceptualizaciones.

Modelo de los Sistemas Funcionales Complejos: A partir de las críticas al modelo conexionista en la explicación de las funciones cerebrales superiores, surgen nuevas reformulaciones entre las que se destacan los aportes de Luria (1973) en su modelo de los *sistemas funcionales complejos* para explicar la actividad cognoscitiva. Desde este modelo (denominado neoconexionista) se asume que el desarrollo del funcionamiento cerebral es dinámico, suponiendo por tanto una reorganización funcional a través de las diferentes etapas del desarrollo; esto hace que se destaque la importancia de definir el déficit preciso dentro de la función afectada para poder realizar la intervención. Estos aportes tuvieron sus orígenes en los planteamientos de Lev Vigotsky, quien en su laboratorio de psicología para niños con deficiencias no concebía estas en términos de disminución cuantitativa de determinadas funciones sino de una organización cualitativamente diferente de ellas. Para él, “el niño deficiente” poseía una estructura funcional peculiar y la génesis de la deficiencia estaría en la una disminución de los recursos asociativos que constituyen la base “material” de las funciones superiores. Esto significa, en otras palabras, que los niños con alteraciones y deficiencias del desarrollo pueden requerir una educación especial debido a que su funcionamiento psicológico es también especial y no simplemente menor. Por esto pensaba también, que la alternativa educativa fundamental de los niños con deficiencia debía ser una educación basada en objetivos compensatorios. Como se sabe, las teorizaciones de Vigotsky fundaron la Teoría Contextual del Desarrollo desde una perspectiva sociohistórica,

con gran impacto posterior en las teorías psicológicas aplicadas a la educación, que contribuyeron al desarrollo de diferentes programas instruccionales, de orientación cognitiva.

Luria en 1970 había registrado dos principios básicos para la comprensión de la disfunción del cerebro: la localización de las lesiones y el análisis de las actividades psicológicas asociadas con la función cerebral, lo cual constituyó la fundamentación biológica de los trastornos del aprendizaje. En este sentido, se asume que las anomalías en las funciones cognitivas se correlacionan específicamente con lesiones o disfunciones localizadas que juegan un papel importante en relación con ciertos tipos de aprendizaje con énfasis en la lateralidad y la dominancia hemisférica (Acosta, 2007). Los aportes de Luria orientaron la formulación de programas de intervención para los trastornos del aprendizaje de naturaleza neuropsicológica encaminados a estimular el fondo neurofisiológico como soporte material del desarrollo, según sus principios y leyes a partir de un modelo integrador del trabajo de los dos hemisferios cerebrales (fortalecimiento de enlaces intra e interhemisféricos) con reforzamiento de la actividad del hemisferio derecho, pero considerando también el cambio en la estructura psicológica de la actividad mental, cuyas bases se explican en las diferentes etapas piagetanas para la reorganización del pensamiento, en el desarrollo de las áreas terciarias (que hacen más compleja e integrada la actividad cognoscitiva del niño) y en el papel regulador del lenguaje en la conducta, lo cual conlleva al cambio de la estructura psicológica de los restantes procesos mentales (Solovieva & Quintanar 2004).

Con el surgimiento del campo de la *rehabilitación neuropsicológica*, y particularmente de los conocimientos sobre la plasticidad cerebral, algunos de sus postulados se trasladan a los procesos de intervención infantil, y bajo la concepción de la *hipótesis del déficit*, se orientan hacia la necesidad de trabajar *estrategias de compensación* (sobre áreas fuertes) y de *sustitución* (localizar qué otra capacidad relacionada con la tarea puede usar) ya que en el desempeño de una capacidad básica subyace la utilización de diversas estrategias.

Las concepciones acerca de una organización cognitiva diferente que subyace a los trastornos del aprendizaje y los estudios de sus manifestaciones en dominios cognoscitivos relativos a la lectura, la escritura y el cálculo, generaron nuevas hipótesis explicativas y por ende, replanteamientos en los programas de intervención. Un ejemplo son los estudios acerca de la dislexia que hoy en día ofrecen un cuerpo sólido de conocimientos y de programas basados en los aportes de la neuropsicolingüística.

Otras variantes del enfoque neuropsicológico la constituyen el *modelo neurofisiológico* y el *modelo neurocognitivo*. El primero de inspiración en la escuela soviética con gran influencia en países como Argentina y el segundo, con elementos electrofisiológicos, neuropsicológicos y metacognitivos que pretenden integrar las relaciones cerebro-procesamiento-aprendizaje.

Modelo neurofisiológico: Este modelo hace referencia a un “marco conceptual de orientación neuropsicológica con raíces en la doctrina de la actividad nerviosa superior y en las psicologías histórico-cultural y genética” (Zenoff, 1997), cuyo principal representante y promotor en el Dr JB Azcoaga, quien en un trabajo conjunto con el grupo APINEP en la Argentina se ha dado a la tarea de explicar el aprendizaje fisiológico de las funciones psicológicas así como del aprendizaje pedagógico. El modelo propone una metodología de diagnóstico, una clasificación clínica de los trastornos, del aprendizaje pedagógico, así como una terapéutica de base fisiopatológica. De acuerdo con este modelo, se distingue entre *aprendizaje fisiológico* y *aprendizaje pedagógico*. El primero comprende el desarrollo desde antes del nacimiento hasta los 5-6 años y culmina con la estructuración de las funciones cerebrales superiores -lenguaje, gnosias y praxias, producto de la actividad de circuitos neuronales complejos (vale decir *Analizadores*) que están regidos por las leyes de la neurodinámica cortical- y consiste en el aprendizaje natural y espontáneo de dichas funciones, genéticamente determinadas. Ellas constituyen el punto de partida de nuevos y distintos procesos, cada vez de mayor complejidad, dando lugar al aprendizaje pedagógico, referido al aprendizaje sistemático y formal académico en el cual intervienen las funciones cerebrales superiores.

Cuando se dan dificultades en la etapa del aprendizaje fisiológico se da un proceso de aprendizaje patológico en el cual se estabilizan y amplifican las dificultades del proceso mismo de adquisición, por lo cual las funciones cerebrales superiores no podrán sostener los aprendizajes académicos dando lugar a un TEA. Este, se caracteriza por una limitación restringida a un área determinada del aprendizaje y tiene como patogenia la desorganización previa de una determinada función cerebral superior. Alteraciones en la lectura y la escritura por ejemplo, serían perturbaciones en la actividad analítico-sintética de los analizadores que intervienen en la organización de las gnosias visuoespaciales y temporoespaciales. En este sentido, los *dispositivos básicos del aprendizaje* constituyen prerequisites para el adecuado funcionamiento pedagógico.

El TEA se opone a un Trastorno General de Aprendizaje (T.G.A.) ya que este se caracteriza por un descenso uniforme y armónico del aprendizaje en todas sus áreas, tal como ocurre en la deficiencia mental.

A partir de tests estandarizados, se detecta el tipo de problema y en función del diagnóstico (patología agnósica viso espacial, anártrica, afásica, etc) se plantean actividades específicas. En caso de una agnosia viso espacial, por ejemplo, se plantearían actividades de conocimiento y reconocimiento de objetos por medio de la estimulación visual y espacial; en el caso de un retardo anártrico, se realizarían ejercicios de estimulación lingüística que impacten los diferentes componentes del aparato fonoarticulador.

Modelo neurocognitivo: En las últimas décadas, los esfuerzos por lograr una integración entre el enfoque neuropsicológico y el enfoque metacognoscitivo pretenden articular los conocimientos sobre las relaciones cerebro-comportamiento-aprendizaje, es decir entre mecanismos cerebrales, procesos cognoscitivos básicos y estrategias de aprendizaje. Con el auge de los avances tecnológicos, han surgido también aplicaciones con instrumentos de evaluación e intervención. Particularmente en ciertos entrenamientos neurocognitivos se ha venido utilizando instrumentación computarizada como complemento de otros medios de ejercitación. Esta orientación pretende que con el uso de sistemas computarizados y su puntual facilitación, se contribuya en la organización de procesos cognitivos relacionados con la atención, la memoria, entre otros, así como en la habilitación de estrategias de planificación sobre bases perceptuales, motoras y lingüísticas.

Lo anterior se lograría a través de una evaluación neurocognitiva y un diagnóstico integrado con programas de intervención que utilicen directamente información neurocognitiva en el perfil cognitivo del niño. Particularmente, a partir de la implementación de entrenamientos neurocognitivos e instrumentación computarizada se contribuiría a la organización de diferentes procesos cognitivos que además incluyan estrategias y principios del enfoque cognitivo-comportamental.

Una de estas aplicaciones en el campo de la dislexia, se deriva de las ideas de Luria a partir del análisis observacional de las conductas en los actos de aprendizaje. De acuerdo con Pérez & Timoneda (2000), es conocida como la *teoría PASS del funcionamiento cerebral* (Acronimo de Planificación, Atención, Secuencial y Simultáneo), según la cual en el acto mental del aprendizaje intervienen estas cuatro operaciones mentales, entendidas como

procesamientos. Estos, pueden valorarse adecuadamente y son susceptibles de ser tratados para mejorar el procesamiento deficiente, o en su defecto aprender a utilizar programas alternativos. En la concepción cognitiva PASS el tratamiento se basa en estimulación neurocognitiva (ejercicios de entrenamiento neurocognitivo), contrastados científicamente mediante verificación de resultados neurocognitivos antes y después de la aplicación del tratamiento.

Desde otra línea de trabajo que incluye elementos electrofisiológicos, se postula la capacidad de modificar patrones de las ondas cerebrales y el empleo deliberado de diferentes estrategias cognitivas durante una tarea en ejecución. Es decir, este modelo parte de la capacidad potencial para ejercer control sobre ciertos patrones cerebro/procesamiento. Tal es el caso de las técnicas basadas en el *neurofeedback*, técnica terapéutica que consiste en informar al paciente de su propia actividad eléctrica cerebral (electroencefalograma - EEG) para que éste intente regularla de forma voluntaria en la dirección indicada por el terapeuta. Este entrenamiento le permitiría al individuo controlar sus ritmos cerebrales relacionados con funciones cognitivas de concentración, atención y memoria.

La informática ofrece ciertas ventajas sobre los materiales de estimulación clásicos. Entre estas, además de facilitar al profesional una manipulación cómoda y eficaz de los materiales, este uso permite una calidad y versatilidad en la presentación de materiales difícilmente igualable con otros sistemas gráficos y/o sonoros tradicionales, además de proporcionar a la persona una retroalimentación continua de su propia ejecución. También permite la introducción y análisis de datos de una forma económica, potente y fiable. Por lo tanto, la codificación de las sesiones de trabajo y el análisis de los datos son procesos automáticos, con el consiguiente ahorro de tiempo y esfuerzo que esto supone. Adicionalmente y dada la rápida evolución de los sistemas informáticos sería de esperar un desarrollo notable en los software de rehabilitación cognitiva, inclusive hasta el diseño de entornos de realidad virtual.

Enfoque cognitivo

Desde la perspectiva cognitiva las reformulaciones acerca del aprendizaje en el campo educativo surgieron en gran medida a partir de autores como Piaget, Vigotsky, Ausubel, Bruner y Feuerstein, y de investigaciones basadas en la teoría de procesamiento de la

información. En estas orientaciones se resalta el carácter activo, constructivo y autorregulado del aprendizaje por parte del alumno, conceptos que desplazaron el interés hacia los mecanismos acerca de la estructuración del conocimiento (cómo se aprende, cómo se recuerda y almacena y cómo se organizan los nuevos conocimientos). Estas reformulaciones llevaron al surgimiento de diversas teorías y por ende al replanteamiento de los procesos de intervención en las dificultades del aprendizaje. Entre los aspectos relevantes de estas teorías relacionados con el concepto de aprendizaje y sus implicaciones para la intervención, se encuentran:

La psicología genética: La obra piagetana destaca el supuesto de que el aparato psíquico está compuesto por un conjunto de sistemas cognitivos que se constituyen como agrupamientos o estructuras lógicas, como la inteligencia. Esta, se prolonga en el pensamiento cuyo desarrollo se vincula con el lenguaje, necesario para que las acciones inteligentes se interioricen en operaciones y se puedan reconstruir las estructuras cognitivas (las cuales cambian ante cada nueva situación problemática a resolver): un nuevo objeto de conocimiento produce un conflicto en las estructuras cognitivas y, a través de los procesos de *asimilación* (incorporación de nueva información a los esquemas previamente existentes –forma en que se capta-) y *acomodación* (modificación de los esquemas asimiladores en función de los elementos que han sido asimilados –posibilidad de adaptación al mismo que genera cambio de acciones para manipular o manejar nuevas situaciones-), se produce una *equilibración* de las mismas: estos momentos de desequilibrio y equilibrio cognitivo se convierten en aprendizaje.

Desde esta teoría el aprendizaje por tanto, se deriva de la acción inteligente que realiza el sujeto sobre los objetos para aprender a incorporarlos a su estructura cognitiva confiriéndoles una significación. El objetivo de los programas educativos según este enfoque, sería el desarrollo de las competencias y la construcción de las estructuras mentales correspondientes, previo conocimiento de los estadios evolutivos. En el diagnóstico de dificultades de aprendizaje es necesaria una evaluación pedagógica o caracterización inicial para detectar el grado de conocimientos y el tipo de dificultades que cada niño presenta. De acuerdo con esta, el docente programa las actividades de aprendizaje que requiere el alumno.

La Teoría Contextual del Desarrollo (sociohistórica): Vigotsky postula la génesis social de las Funciones Psicológicas Superiores así como la interdependencia entre aprendizaje y desarrollo. Desde esta teoría los procesos mentales se consideran como formaciones complejas funcionales que son el resultado de formas concretas de interacción entre el organismo y su medio ambiente, siendo lo histórico-cultural elemento fundamental del desarrollo. Los aportes de Vigotsky, hoy por hoy tienen una gran influencia en el campo educativo y han derivado en modelos particulares que destacan en los procesos de enseñanza y aprendizaje, los complejos fenómenos que se dan en la interacción estudiante-profesor, entendiéndola como un proceso social y lingüístico y no sólo como un proceso estrictamente cognitivo, en la que intervienen tanto factores contextuales como cognitivos. Entre los aspectos de sus teorías relevantes a los propósitos de la educación se mencionan las influencias de la sociolingüística, el cambio de una concepción memorística del aprendizaje hacia el razonamiento y la resolución de problemas, en tanto y cuanto este se asuma como un proceso activo y constructivo e idealmente basado en problemas del mundo real (“aprendizaje situado”).

Con base en este enfoque han surgido diferentes programas instruccionales (Soriano, Miranda & Cuenca, 1999), entre los que se destaca “la enseñanza recíproca” y el “programa POSSE”. En este programa se fomenta el diálogo entre profesor y alumno partiendo de la comprensión de un texto escrito alrededor del cual se trabajan diversas actividades cognitivas. El profesor proporciona el “andamiaje” (apoyo temporal) y estimula la autointerrogación. Gradualmente el profesor retira el apoyo para favorecer la transferencia de la responsabilidad del proceso de instrucción al alumno. Esta es una forma de modelamiento de las conductas deseadas en la que estas se hacen explícitas. De acuerdo con Vigotsky, el aprendizaje requiere la interiorización de actividades en situaciones de cooperación entre un individuo menos experto y un experto (“aprendizaje mediado”) en donde se promueve el trabajo cognitivo a partir de la iniciativa del alumno pero con la corrección y guía del profesor (concepto de *zona de desarrollo próximo*). El programa POSSE también se basa en la enseñanza recíproca pero a partir de la enseñanza de las estructuras de los textos expositivos, procedimiento con el cual se desarrollan habilidades de comprensión textual mediante la cooperación e interacción social, estimulando la construcción del conocimiento colectivo sobre un tema particular.

La teoría del “Aprendizaje Significativo”: Para Ausubel el aprendizaje está centrado en el sujeto que aprende, concebido básicamente como un ente procesador de información, capaz de dar significación y sentido a lo aprendido. De aquí se desprende la noción de *aprendizaje significativo* para lo cual desarrolla una *teoría de la asimilación* a través de la instrucción, de tal modo que los conceptos verdaderos se construyen a partir de conceptos previamente formados o “descubiertos” por el niño en su entorno. Otorga una importancia fundamental a la instrucción como estrategia determinada para producir un aprendizaje, planteando que el proceso esencial es la asimilación, en la cual se produce elaboración de una nueva información a partir de los conceptos extraídos de la vida cotidiana, que son la base para el aprendizaje de conocimientos o aprendizaje significativo.

Ausubel distingue entre Aprendizaje y Enseñanza: el primero tiene que ver con los procesos del sujeto que aprende y la segunda con las estrategias planificadas para fomentar el aprendizaje. Ambos son procesos continuos, donde el aprendizaje va desde el aprendizaje por repetición hasta el significativo y la enseñanza parte desde la recepción hasta el descubrimiento autónomo.

El aprendizaje significativo puede relacionarse de un modo no arbitrario y sustancial con lo que el alumno ya sabe. Es más duradero, facilita nuevos aprendizajes relacionados y produce cambios profundos que perduran más allá del olvido de detalles. En contraposición, en el aprendizaje memorístico los contenidos están relacionados de forma arbitraria tanto entre sí como con lo que el sujeto sabe y carece de todo significado para el que aprende.

Teoría sociocultural: Bruner como base de su teoría del “Aprendizaje por descubrimiento” plantea que el ser humano no puede desarrollarse si no es mediante la educación y que, forzosamente, el desarrollo del pensamiento es ayudado desde el exterior. Para este autor, los procesos educativos no son sino prácticas y actividades sociales mediante las cuales los grupos humanos ayudan a sus miembros a asimilar la experiencia colectiva culturalmente organizada. En su teoría, Bruner establece aspectos básicos tales como la disposición favorable al aprendizaje, la estructuración del conocimiento como base de su comprensión y la importancia de la secuencia más eficiente para presentar los contenidos que se deben aprender, entre otros.

Bruner también plantea el concepto del currículo en espiral (o recurrente), el cual supone que, a medida que se avanza a niveles superiores, los núcleos básicos de cada materia aumentan en cantidad y profundidad y pueden ir de lo intuitivo a lo simbólico, de lo

manipulativo a lo simbólico, etc. De hecho, para Bruner es posible enseñar cualquier tema, en cualquier etapa de desarrollo del individuo.

Teoría de la Modificabilidad Estructural Cognitiva: Dentro de una línea cognitivista más moderna R. Feuerstein propone un modelo teórico-práctico que se enfoca al mejoramiento de la capacidad de la inteligencia a través de modalidades de intervención cognitiva. Su técnica, denominada *Programa de Enriquecimiento Instrumental* (PEI) ha sido empleada en contextos educativos con grados importantes de privación sociocultural que ha generado insuficiente desarrollo cognitivo o deficiencias intelectuales, impidiendo a los estudiantes beneficiarse de la información y del aprendizaje.

Pilonieta (2008) en un resumen de algunas de las ideas centrales de esta teoría, señala que la modificabilidad estructural cognitiva se basa en el supuesto de que el organismo humano es un sistema abierto y controlable a los cambios cognitivos y que la inteligencia es modificable a partir de procesos de experiencia e intervención cognitiva. Dado que según el autor de la teoría, la inteligencia es un resultado de la interacción entre el organismo y el ambiente, el Coeficiente Intelectual (CI) se desarrolla de acuerdo con las posibilidades y la riqueza cultural del ambiente. Postula también el concepto de “Potencial de Aprendizaje” el cual indica las posibilidades de un sujeto para aprender, en función de la interacción con el medio. La estructura de la inteligencia no sólo es modificable por medio de la intervención oportuna, sino también por la adecuada mediación en el aprendizaje, mediación que implica el desarrollo de ciertas capacidades y destrezas que facilitan la modificación de la estructura de la inteligencia, al transformar alguno de sus elementos.

Como puede verse, alrededor del enfoque cognitivo han surgido programas de intervención particulares, derivados a su vez de las diferentes variantes de este enfoque o sus combinaciones, entre los que se destacan el *modelo cognitivo-conductual* y el modelo de *Procesamiento de la Información*. De acuerdo con el primero y debido a la expansión de las bases teóricas que han contribuido a incrementar nuevos hallazgos empíricos, hoy en día se le reconoce legítimamente como una modalidad terapéutica con aplicación en diferentes problemáticas, entre ellas las dificultades del aprendizaje. Por su parte, el modelo de *Procesamiento de la Información* considera que unas pocas operaciones simbólicas, relativamente básicas, tales como codificar, comparar, localizar y almacenar, pueden dar cuenta de la inteligencia humana y su capacidad para adquirir y crear conocimiento.

A continuación, se señalan las principales aplicaciones de estos modelos al campo de la intervención en las dificultades del aprendizaje en general, y en el caso del modelo de Procesamiento de la Información, algunos aspectos teóricos que fundamentan la intervención en trastornos específicos de la lectura, la escritura y el cálculo.

Modelo Cognitivo/Conductual

En la intervención se combinan técnicas conductuales con estrategias cognitivas y metacognoscitivas que promueven la modificación de la conducta manipulando procesos internos, a través de una serie de indicaciones de supervisión antes, durante y después de la tarea. De esta forma se logran regular las ejecuciones por medio de la interiorización de unas pautas muy puntuales que están guiadas por autopreguntas, distribuidas en cinco bloques de autoverbalizaciones (preguntas y respuestas) para ayudarle al estudiante a explicitar formas de autorregulación (Meichenbaum & Goodman, 1971). Estos bloques estimulan habilidades para:

- Definir el problema
- Aproximarse al problema
- Focalizar la atención
- Elegir las mejores opciones para la solución del problema
- Autoevaluar la ejecución y generar otras alternativas de solución, corrección de errores o autorrefuerzo

De esta forma el estudiante aprende a interiorizar rutinas de trabajo cuando se enfrente a diversos problemas. De acuerdo con lo anterior, la intervención debe analizar si el estudiante tiene los conocimientos o las habilidades necesarias para llevar a cabo una tarea concreta y enfatizar en la planeación, organización, revisión y reinspección de los componentes integrales del proceso de aprendizaje. Con ello se apoya el crecimiento cualitativo y el cambio en las estructuras cognoscitivas del niño.

Las estrategias metacognoscitivas se pueden resumir en cuatro áreas (Mayor, 1990):

- La del conocimiento acerca del conocimiento; el conocimiento de sí mismo y el control consciente de los procesos cognoscitivos propios.

- El conocimiento y las creencias acerca de las variables que afectan la empresa cognitiva, el proceso de aprendizaje y la solución de problemas.
- La adquisición de estrategias y las producciones estratégicas.
- Las regulaciones de la cognición a través del empleo de mecanismos de control ejecutivo: planear, organizar, vigilar y revisar resultados.

Por su parte, la diferencia entre instrucción cognoscitiva e instrucción metacognoscitiva consiste en que mientras en la primera se presentan al estudiante los pasos específicos a seguir y las destrezas a utilizar cuando se aborda una tarea particular (por ejemplo prestar en la columna de la izquierda cuando se hacen sustracciones de sustraendo mayor al minuendo), en la instrucción metacognoscitiva se dan técnicas para que el estudiante vigile lo apropiado de sus respuestas, controle si una estrategia debe ser aplicada totalmente, o solo en parte, en una situación determinada (revisar, sacar idea central de un tema, corregir, releer, comparar, hacer resumen, autointerrogarse, autocorregirse, verificar el propio progreso, etc). Las estrategias metacognoscitivas son aplicables en un sinnúmero de situaciones diferentes, no ligadas a tareas específicas.

Las aplicaciones de este modelo están respaldadas en estudios que combinan técnicas de autorregulación con la instrucción de estrategias para la mejora de dificultades en la escritura, la composición escrita, la resolución de problemas matemáticos, así como en la comprensión y aprendizaje a partir de textos.

Modelo de procesamiento de la información

En otra interpretación de corte cognitivo acerca de las dificultades del aprendizaje y aportes para su intervención, se encuentra el modelo de procesamiento de la información, cuyo postulado básico identifica en la actividad cognitiva dos sistemas de organización: el sistema representacional y el sistema ejecutivo: El primero, relacionado con la manera en que la información sensorial recibida es transformada, reducida, elaborada, almacenada, recordada y utilizada. El sistema ejecutivo por su parte, se relaciona con la selección, identificación e interpretación de la información proveniente del medio, la distribuye en categorías y finalmente toma una decisión que puede dar o no lugar a una respuesta. De acuerdo con este postulado, Gallagher (1989) citado por Acle (1995), considera que los problemas de

aprendizaje reflejan desviaciones del desarrollo normal en las funciones psicológicas o lingüísticas y que estas dificultades están relacionadas con el inadecuado procesamiento de información o manera inapropiada en la que el individuo recibe, interpreta y/o responde a los estímulos sensoriales, lo cual puede afectar incluso las funciones ejecutivas.

Deruiter & Wansart (1982) citados por Gearheart (1985) plantean que el procesamiento incluye atención (sostenida, selectiva y dividida), percepción (discriminación, coordinación y secuenciación), memoria (retención, evocación), cognición (reconocimiento, identificación, asociación y significación) y codificación (evocación, organización y verificación), procesos que son esenciales para el aprendizaje normal y que los estudiantes con dificultades para aprender pueden tener déficit en uno o varios de estos procesos. Sin embargo, la incapacidades de aprendizaje también pueden ser resultado de habilidades de automatización inadecuadas, por lo que los niños con deben poner atención consciente a tareas que normalmente se vuelven automáticas. Estas fallas en la automatización se aplican a todos los niveles a procesamiento de la información y se observa por ejemplo, en niños con dificultades en lectura que nunca automatizan completamente el código fonético básico del lenguaje, en fallas en el esfuerzo y atención requerido para dar sentido fonético a lo que está leyendo o en alteraciones en los niveles superiores de procesamiento necesarios para entender en su totalidad lo que se está leyendo. La deficiente automatización por lo tanto, llevaría a una incapacidad para el aprendizaje de la lectura.

Una línea de investigación específica derivada del modelo de procesamiento de la información refiere que una deficiencia básica en el desarrollo psicolingüístico (inadecuado manejo de la bases semántica, sintáctica y en especial, fonológica) es la causa de los trastornos específicos de la lectura y la escritura. Otra mirada desde esta aproximación ésta centrada en las competencias comunicativas, la teoría del discurso y las experiencias significativas del lenguaje; también acepta que las deficiencias neurológicas impiden la adquisición del lenguaje de diferentes maneras: ya sea limitando la habilidad del niño para extraer información del ambiente y por lo tanto para estructurar el material lingüístico o limitando la habilidad del niño durante ciertas etapas críticas del desarrollo del lenguaje. El grado de maduración del organismo del niño y lo intacto que esté al interactuar con el ambiente afecta su construcción del lenguaje.

En los últimos años diversas investigaciones se han centrado en aspectos psicolingüísticos específicamente agrupados como problemas del lenguaje hablado y déficit de

procesamiento fonológico como explicación de las dificultades que presentan los niños con dislexia. Al respecto, el procesamiento fonológico, como componente esencial para el aprendizaje de la lectura involucraría tres procesos principales (Warner y Torgesen (1987), citados por Bravo Valdivieso (1999): La conciencia fonológica (o “dominio fonológico”), la decodificación fonológica y la memoria fonológica operacional.

Por su parte, y de acuerdo con el sistema de procesamiento lingüístico, en los últimos años se ha postulado el modelo de la *ruta dual* para explicar tanto los mecanismos como las alteraciones en la lectura y la escritura. Al respecto, Sarmiento (2007) señala que actualmente se admite que existen al menos dos procedimientos diferentes para acceder al significado (lectura) y para la producción (escritura) de las palabras: La ruta *visual, léxica o directa* que conecta directamente la forma ortográfica de la palabra con su representación interna (similar a la forma como se identifica un dibujo, número, firma) y la *ruta fonológica, subléxica o indirecta* que permite llegar al significado transformando cada grafema o en su correspondiente sonido (o fonema en su correspondiente grafema) y utilizando esos sonidos para acceder al significado (similar al lenguaje oral). Ambas vías son complementarias y usadas en distinta medida durante la lectura. El único requisito necesario para poder leer por la ruta visual es haber visto la palabra las suficientes veces como para formar una representación interna de esa palabra. Para la ruta fonológica, el principal requisito es haber aprendido las Reglas de Conversión Grafema a Fonema o Fonema a Grafema (RCGF/RCFG). Estos mecanismos son llamados rutas o vías de acceso lingüístico.

De acuerdo con el modelo psicolingüístico, en la intervención de las dificultades de la lectoescritura es preciso distinguir desde el punto de vista evolutivo las habilidades de la conciencia fonológica propias de los niños prelectores y las que van apareciendo posteriormente. Particularmente la intervención debe implementar procedimientos ya sea para mejorar los procesos de decodificación y codificación (lectura y escritura) de palabras procurando su automatización, o para enseñar estrategias cognitivas o metacognitivas de manera explícita y directa que contribuyan a mejorar los niveles de comprensión lectora. Al respecto existe una gran producción de técnicas, materiales y programas, que idealmente deber ser integrados a los diseños curriculares para potenciar un control guiado de la propia comprensión.

En cuanto al procesamiento del cálculo, McCloskey, citado por Bermejo-Velasco & Castillo-Moreno (2006), postula que las funciones cognitivas involucradas se agruparían en dos sistemas:

Un *sistema de procesamiento numérico* que se encarga de la comprensión y producción de los números, tanto en la forma oral como escrita y un *sistema de cálculo*: encargado de la comprensión y el recuerdo del simbolismo y los principios matemáticos, así como de la ejecución de los procesos numéricos.

Para McCloskey, los mecanismos de procesamiento en la realización de una determinada operación aritmética se inician con el reconocimiento (visual o auditivo) de los números, desempeñando un papel crucial la memoria de trabajo, la percepción espacial y la atención. Por su parte el manejo de los números requiere un lenguaje de símbolos, ya sea de modo verbal fonográfico o escrito, así como diferentes exigencias según se trate de operaciones realizadas mentalmente o por escrito. La memoria a largo plazo aporta la información de las reglas básicas del cálculo y recobra resultados previamente aprendidos. Los mecanismos implicados en el reconocimiento de números posiblemente son diferentes a los implicados en la solución de problemas aritméticos. La independencia funcional de estos componentes explica las dificultades observadas. Es decir, según sea la habilidad que se vea mayormente afectada, se podrán especificar los subtipos de trastornos, los cuales de acuerdo con Rosselli (1997) pueden agruparse en seis variantes caracterizadas por dificultades a nivel de:

- La verbalización de términos y relaciones matemáticas
- El manejo de símbolos/objetos matemáticos
- La lectura de números
- La escritura de números
- La comprensión de ideas matemáticas
- La habilidad para 'llevar' en operaciones matemáticas

La intervención de las dificultades en el aprendizaje del cálculo hoy en día está muy influida por el enfoque cognitivo, señalando la importancia de los métodos generales y específicos para la enseñanza de las matemáticas como un proceso de solución de problemas a través de distintas fases (adquisición inicial, dominio, mantenimiento y generalización), considerando por un lado, técnicas de modelado, moldeamiento, aproximaciones sucesivas, prácticas intensivas y enseñanza de estrategias, entre otras (Defior, 1996). Por otra parte,

estaría la enseñanza de los conocimientos propios para el desarrollo de competencias particulares. La selección de los aspectos a mejorar idealmente debe partir de la correcta identificación de los factores responsables de las dificultades (atención, memoria, habilidad perceptivo-motora o verbal, organización espacial, fallos estratégicos, entre otros).

Como puede verse en esta breve revisión, las orientaciones cognitivas impactan de manera significativa el ámbito educativo y permiten el desarrollo de programas que pretenden fomentar el aprendizaje bajo control del aprendiz a partir del conocimiento sobre la propia cognición. En estos aportes se destaca el papel de las “funciones ejecutivas” en el aprendizaje propuesta por diversos autores, lo cual hace que el campo de la intervención se vea influido por programas que priorizan el entrenamiento en diversas estrategias cognitivas y metacognitivas, ya que atribuyen la génesis de los trastornos del aprendizaje a déficit estratégicos que ponen en evidencia el desnivel entre el potencial y el rendimiento de los alumnos con dificultades de aprendizaje e interpretándolos como deficiencias cognitivas y metacognitivas que impiden que el aprendizaje se desarrolle adecuadamente.

Por esto, los programas se focalizan en procedimientos que promueven en los alumnos por ejemplo, la comprensión de sus propios procesos cognitivos, además de regular su actividad cognitiva (conocimiento de las demandas de la tarea, monitoreo y cambio de la eficacia de las estrategias empleadas). Estos enfoques se aplican tanto al desarrollo de habilidades de estudio como de comprensión y producción escrita, memoria y matemáticas, entre otras.

La enseñanza de las estrategias para el desarrollo de este tipo de habilidades fortalecen el grado de conciencia acerca de las propias actividades mentales en procesos de pensamiento y aprendizaje y los principios generales se basan en: Conocer lo que conocemos, planificar estrategias para procesar información, tomar conciencia de los propios pensamientos y reflexionar, automonitorear y autoevaluar la productividad.

La enseñanza de las estrategias para el desarrollo de este tipo de habilidades usualmente se acoge a los siguientes principios generales:

- Selección de estrategias iniciales y su enseñanza a través de áreas curriculares e introducción de nuevas estrategias a medida que quedan bien establecidas las anteriores.
- Descripción de las estrategias enseñadas y su modelamiento con apoyo en voz alta sobre la forma en que deben ejecutarse.

- Nuevo modelamiento y aclaración de aspectos en el uso de las estrategias que no se hayan sido suficientemente comprendidas.
- Explicación de razones por las que deben ser utilizadas las estrategias, con énfasis en los logros y situaciones particulares para su uso.
- Prácticas guiadas
- Fomento del automonitoreo frente al uso de estrategias particulares
- Generalización de estrategias por medio de su aplicación a diversos contenidos y materiales
- Reconocimiento acerca de la utilidad de estrategias y su impacto en el logro de competencias

Ventajas y desventajas: Desde el enfoque neuropsicológico se resalta en énfasis de la intervención de los procesos cognitivos mediados por distintas estructuras cerebrales, que se consideran como prerrequisitos para las habilidades específicas de lectura, escritura y cálculo (tales como el procesamiento fonológico, la denominación automatizada rápida, la automaticidad motora, la percepción del habla y la memoria a corto plazo, entre otros, así como habilidades de tipo cognitivo como son la atención, memoria, lenguaje y abstracción).

Por su parte, la intervención apoyada en modelos cognitivos que se basan en el procesamiento de la información y en la metacognición, tiene la ventaja de internalizar herramientas de tal manera que el estudiante sea constructor de su propio aprendizaje a partir de sus estructuras y procesos cognitivos, ya que ofrece herramientas para abordar las situaciones de aprendizaje de una manera productiva, logrando así obtener aprendizajes significativos y perdurables.

En el abordaje psicolingüístico la intervención también pretende jalonar procesos basándose en el déficit pero también potenciando las fortalezas sin desarticularse del estado actual del individuo y manejando una directriz ordenada, encaminada a continuar sobre los avances que se esperan según la evolución normal. Sin embargo, para algunos puede constituirse en desventaja el hecho de que aún existen discrepancias entre este modelo y las técnicas derivadas del entrenamiento psicolingüístico, ya que se confunden algunos procedimientos (en el sentido de que se recomiendan actividades del nivel representativo), cuando el propósito es reforzar alguna habilidad de nivel automático y viceversa. Esta situación es aplicable a las estrategias en procesos de lectura y escritura.

Debido a que se deben realizar adaptaciones individuales de acuerdo con las dificultades particulares de los niños, este hecho puede convertirse en desventaja en la medida en que la efectividad de la intervención estaría sometida a diversos factores que pueden influenciar al maestro como su motivación, actitud, preparación y actualización en el tema, experiencia, edad y tiempo de servicio, entre otros.

Otro aspecto es que con frecuencia se olvida potenciar las fortalezas del niño, dado el énfasis que se pone en caracterizar las dificultades en el proceso diagnóstico. Lo ideal sería traducir las dificultades descritas en objetivos terapéuticos específicos. En el caso en que un determinado instrumento de evaluación ofrezca suficiente claridad en cuanto al estado de las funciones neuropsicológicas básicas, permitirá intervenir sobre el área afectada; de esta manera, al aplicar programas para fortalecer el área débil se da una estimulación aferente de alta frecuencia alcanzando una mayor representación cortical del área deficitaria.

ANEXO: Análisis de encuestas (Ver archivo anexo)

REFERENCIAS

- Acle Tomasini, G., & Olmos Roa, A. (1995). *Problemas de Aprendizaje. Enfoques Teóricos*. México: Universidad Autónoma de México.
- Acosta, C. A. (2007). Propuesta psicopedagógica para la detección y el control de los trastornos de aprendizaje específicos del cálculo matemático dirigido a los niños y niñas de la primaria rural del centro educativo Chapala del Municipio de San Gil.
- Bravo, & Valdivieso, L. (1999). *Lenguaje y dislexias. Enfoque Cognitivo de Retardo Lector*. México, D.F: Alfaomega Grupo Editor.
- Bermejo-Velasco, PE & Castillo-Moreno, L. (2006). Bases neuropsicológicas del cálculo. *Revista de Neurología*; 43 (4): 223-227
- Defior Citoler, S. (1996). *Las dificultades de aprendizaje: un enfoque cognitivo*. Málaga: Aljibe.
- Especialización en Neuropsicopedagogía, VI Cohorte. (2006). Diseño e Implementación de Protocolos de Evaluación Neuropsicopedagógica. Fase I. Trabajo de Grado. Universidad de Manizales
- Gearheart, H. R. (1985). *Incapacidad para el aprendizaje. Estrategias Educativas*. México: Manual Moderno. S.A.
- Luria, AR. (1973). *El cerebro en acción*. Madrid: Ed Martinez Roca.
- Mayor, J. (1990). *Estrategias metacognitivas, aprender a aprender y aprender a pensar*. Madrid, Editorial Síntesis S.A.
- Meichembaum, D.H. & Goodman J. (1971). Training impulsive children to talk to themselves. *J Abnorm Psychol*; 77: 11526.
- Pérez, F & Timoneda, C. (2000). La dislexia como disfunción del procesamiento secuencial. *Revista de Neurología* 30(7): 614-619
- Pilonieta, G. (2008). Los procesos de desarrollo de la inteligencia en el marco de la teoría de la modificabilidad estructural cognitiva. *Documento de apoyo*. Especialización en Neuropsicopedagogía.
- Sarmiento, JC. (2007). Bases neurobiológicas de los trastornos específicos del aprendizaje. Ensayo de Grado. Facultad de Psicología. Universidad de Manizales.
- Soriano, M., Miranda, A. & Cuenca, I. (1999). Intervención psicopedagógica en las dificultades del aprendizaje escolar. *Revista de Neurología*; 28 (Supl 2): S 94-S 100
- Rosselli, M., Ardila, Pineda, D., & Lopera, F. (1997). *Neuropsicología Infantil. Avances En Investigación, Teoría y práctica*. Medellín: Editorial Prensa Creativa.
- Solovieva, Y. & Quintanar, L. (2004). *Métodos de Intervención en la Neuropsicología Infantil. Colección Neuropsicología y Rehabilitación*. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.
- Zenoff, JA. (1997). Neuropsicología fisiopatológica del aprendizaje escolar: Su basamento clínico. EN: *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*. Vol. 15

2.2 DISCAPACIDAD COGNITIVA

La atención a la población con discapacidad cognitiva (integración escolar), surge en el contexto colombiano hace aproximadamente 20 años, con la intención de incluir a estudiantes con Necesidades Educativas Especiales (NEE) a la educación formal, con énfasis en la variedad de factores ambientales con los que interactúa y se desarrolla la persona y minimizando el papel que jugaban las deficiencias de dichas personas en la elaboración de propuestas de intervención. Como cambio paradigmático, esto supone un esfuerzo tanto de la comunidad educativa como de la sociedad en general, con miras a abrir espacios sociales para personas con discapacidad, y a cualificar sus prácticas educativas tradicionales como respuesta a las NEE de sus estudiantes.

Para visualizar el “cambio paradigmático” señalado por Verdugo (1994) en lo concerniente al abordaje teórico – práctico de la discapacidad cognitiva, es necesario ubicar la evolución histórica de este concepto, que atravesó por diversas etapas, según este autor. En esta evolución se identifica el paulatino reconocimiento de la población con discapacidad cognitiva. Dichas etapas se inician con la “Etapa de exterminio y ridículo” que se prolongó desde los tiempos primitivos hasta la edad media, destacándose un conflicto constante entre la superstición y religiosidad en lucha contra la ciencia. Las personas con discapacidades, quienes eran consideradas como indeseables y demoníacas, debían ser eliminadas o al menos, proscritas de sus comunidades por ser “inútiles e incapaces”. Era común el infanticidio de los bebés que evidenciaban diferencias con el resto de la población, aunque en culturas como la judía y la egipcia, se les daba atención básica, si lograban sobrevivir a la precaria situación social, económica y cultural.

Con el auge del conocimiento científico durante los siglos XVI y XVII se dio paso a la “Etapa de asilo” con la separación de estos individuos de sus vínculos familiares y sociales, dándose de esta manera, inicio a una rudimentaria rehabilitación, especialmente en casos aislados de personas no oyentes e invidentes. Por estos años, se destaca el esfuerzo de John Locke, quien intentó hacer la diferenciación entre el *retraso mental* y las *enfermedades mentales*, de modo que se empezaron a utilizar términos para clasificar a los individuos según su desempeño o características conductuales y palabras como “loco”, “imbécil” eran consideradas clasificaciones científicas.

Posteriormente se da inicio a la “Etapa de la educación”, período que se extiende desde 1798 a 1978. En este, la Revolución Industrial del siglo XVIII, marcó una diferencia importante, al considerarse que las personas con discapacidad eran responsabilidad pública y se buscaban recursos para apoyar a los individuos con limitaciones sensoriales, pues los “defectos” físicos y las personas con retraso mental aún causaban rechazo en las comunidades de la época.

En el siglo XIX se iniciaron algunos intentos aislados para proveer de educación a niños con discapacidades. Se destaca la labor de Jean Marc Itard, médico francés, considerado el padre de la Educación Especial ya que trabajaba con niños con problemas auditivos y quien también resaltó la importancia de preparar a las personas con discapacidad para desempeñarse en situaciones de interacción social, desarrollar comunicación efectiva y habilidades básicas de pensamiento.

Por su parte, Eduard Seguin, un estudiante de Itard, promovió ideas en torno a ejercicios sensorio motores que tenían un efecto positivo en la estimulación del aprendizaje en los niños con discapacidad; ideas que fueron aceptadas a lo largo de 1800 en las escuelas de educación especial.

Seguin fue influyente en la labor de María Montessori (fundadora de la educación temprana y del movimiento pre-escolar), quien desarrolló primero su trabajo de experiencias concretas con materiales de fácil manipulación para facilitar el aprendizaje con niños con discapacidades mentales, para luego proyectar su método en el trabajo con niños de corta edad.

En 1904, con el propósito de medir la capacidad intelectual, Alfred Binet y Theodore Simon en Francia, establecieron una escala de medición estandarizada, que tenía un efecto importante en el diagnóstico, clasificación e intervención para las personas, según los resultados en dicha escala. De igual forma, se propuso la creación de “colonias”, lugares en los cuales las personas con discapacidad vivían juntas, sin sus familias alrededor, como mini-sociedades (que se autofinanciaban con los productos que elaboraban las personas con discapacidades que residían en ellas), en las cuales había tolerancia interna pero sin mayor contacto con otros grupos sociales. Aún a finales de los años 80’ eran frecuentes estas colonias, en Europa, Asia y Norteamérica.

Entre 1980 y 1992, se inicia la “Etapa de rehabilitación profesional” y se proponen los llamados “Principios de Integración y Normalización” por Neils Bank-Mikkelsen, surgidos en los años 50’s y 60’s en los países escandinavos, lo cual tuvo gran impacto en los enfoques de rehabilitación y atención educativa de las personas con discapacidades. En este período el “Principio de Integración” era el centro de los procesos de rehabilitación integral de las personas con discapacidades, pues favoreció su vinculación social, al hacerlos partícipes de los diversos servicios educativos, ambientes sociales, actividades deportivas, recreativas y laborales junto a personas sin discapacidades, con la oportunidad de conocer mejor su papel en la sociedad y cómo integrarse a ella. El concepto de “Normalización” fue el más conocido y aceptado a nivel mundial ya que se propuso como la manera de “permitirle a la persona con déficit cognitivo obtener una existencia tan cercana a lo normal como sea posible en lo cual se incluyen actividades propias del día, con la privacidad y las responsabilidades que exigen: ritmo normal de la semana, con los lugares para vivir, jugar, trabajar, reunirse con otras personas y recrearse en tiempo de ocio” (Mojica & Molina 1995).

En Colombia según Yarza (2005) la "educación o pedagogía de personas en condición de discapacidad" durante las décadas de 1920 a 1940, se implementó en seis espacios institucionales: Casas de Menores y Escuela de Trabajo (Antioquia, Cundinamarca, Santander, Caldas, Atlántico), Colonias Vacacionales (Antioquia, Cundinamarca), Escuelas Especiales, Escuelas de sordos y ciegos, el Instituto Médico-Pedagógico (Antioquia, Cundinamarca), Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia (Bogotá), Escuelas Normales de Institutos (Medellín) y Servicios Médico-Escolares o Médico-Pedagógicos en Cundinamarca y Antioquia.

En la actualidad y de acuerdo con Las Orientaciones Pedagógicas para la Atención Educativa a Estudiantes con Discapacidad Cognitiva (MEN, 2002), este concepto se asume dentro de una teoría emergente e inclusionista en el marco de la atención y el respeto a la diversidad. Esta discapacidad se entiende como “Una disposición funcional específica en procesos cognitivos, habilidades de procesamiento y estilos de pensamiento, que determinan el desempeño y el aprendizaje de una persona, lo que lo hace un concepto mucho más cercano a las prácticas educativas por su relación directa con los procesos de aprendizaje”. También se acoge a los principios del modelo ecológico ya que hace referencia a niveles de funcionamiento cognitivo susceptibles de modificación desde

prácticas educativas inclusionistas, capaces de extrapolar las habilidades y capacidades de las personas en condición de discapacidad, de forma que se reduzcan los efectos del déficit cognitivo, haciendo énfasis en la reciprocidad entre necesidades educativas individuales y las respuestas educativas a las mismas y dando importancia a la modificación del contexto para la satisfacción de dichas necesidades.

De acuerdo con lo anterior y llegando hasta las épocas contemporáneas, la persona con discapacidad cognitiva (antes con retardo mental) se mira desde una perspectiva distinta acogiendo los lineamientos no sólo de las políticas colombianas de atención a la población con NEE sino desde los derechos humanos universales; es así como en los lineamientos del MEN se asume la definición establecida en los años ochenta por la AAMR (Sigla en inglés de Asociación Americana para la Deficiencia mental) sobre la discapacidad cognitiva entendida como “una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual como en conducta adaptativa, expresada en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. Esta discapacidad se origina con anterioridad a los 18 años” (Verdugo, 1994).

Esta definición, inicialmente replanteada en el año 1996, fue denominada “Nuevo Paradigma de Retraso Mental”, abordaba cuatro dimensiones:

- Aptitudes intelectuales.
- Nivel de adaptación, relacionada con inteligencia conceptual, práctica, social, lo que se traduce en diez tipos de habilidades adaptativas.
- Participación, interacción y rol social.
- Salud física, salud mental y factores etiológicos.

En la revisión del año 2002 por la AAMR (Verdugo, 2003) se añade una nueva dimensión a las cuatro existentes: Participación, Interacciones y Roles Sociales. Desde esta óptica se acerca a modelos interpretativos y prácticas pedagógicas de tipo ecológico/funcional, en las que tiene gran relevancia el contexto en el que se desenvuelve la persona.

Lo anterior constituyó un primer paso hacia el reto actual de implementar un enfoque con clara influencia de los modelos ecológicos contemporáneos ya que como plantea Verdugo (1.994) estos consideran que el comportamiento de un individuo es consecuencia de la

interacción del mismo con el medio ambiente y que la medida cuantitativa de la inteligencia no tiene un peso tan determinante. Esto permite proponer una evaluación multidimensional y un nuevo sistema de clasificación basado en la intensidad de los apoyos que requieren las personas con retraso mental (limitado, intermitente, extenso y generalizado). Adicionalmente, la inclusión del concepto de comportamiento adaptativo, permite la especificación de diferentes habilidades adaptativas (comunicación, autocuidado, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, audirección, salud y seguridad, habilidades académicas y funcionales, tiempo libre y trabajo).

Hoy por hoy, es claro que tener en cuenta los factores contextuales hacen más comprensible la situación actual de los individuos con discapacidad y permiten visualizar y adoptar maneras de intervención acordes con necesidades reales que surgen de las mismas personas y no a partir de imaginarios educativos, clínicos, organizacionales o sociales que alejan la posibilidad de concebir y brindar una intervención que dignifique la condición humana desde su integralidad, capacidad y diversidad. Esta mirada, posibilita una aproximación mucho más holística, que retoma el aspecto biopsicosocial de la persona y por ende, la movilización de recursos a nivel interno y externo que conlleven a un mejoramiento en su calidad de vida.

Por tal razón y en este orden de ideas, específicamente en el campo clínico-educativo, y teniendo en cuenta la importancia de la inclusión educativa, se hace relevante adoptar dichas posturas en el quehacer profesional, puesto que las exigencias actuales, planteadas desde todos los ámbitos en que se desarrolla el ser humano, implican una reestructuración a nivel personal y profesional, entre otros, que pueda reflejarse a nivel micro social y macro social y que, en consecuencia, den respuesta a las necesidades de una población diversa.

En este apartado, se presenta una breve revisión de los enfoques de intervención de la discapacidad cognitiva (psicométrico, conductual y cognitivo), con énfasis en sus premisas fundamentales, de tal forma que se favorezca la comprensión de los planes y programas que se derivan de aquellas y que se desarrollan en el último capítulo de esta monografía. Un énfasis especial se realiza en el replanteamiento de la AAMR (Verdugo & Jenaro, 1999) en cuanto al concepto de discapacidad cognitiva en términos de su implementación, lo cual se adscribe a un enfoque ecológico.

Enfoques teóricos en la intervención

Enfoque psicométrico

A partir de la creación de los tests de inteligencia se pretende diferenciar aquellos individuos que son capaces de aprovechar la escolarización de aquellos que no. Como postulado básico, con dicha medición se asume la posibilidad de describir las características psicológicas de un sujeto, clasificarlo en función de las mismas y predecir su comportamiento. En este sentido, el modelo psicométrico está relacionado con prácticas educativas encaminadas a proporcionar métodos especiales de enseñanza que ayuden a los estudiantes a superar las dificultades de aprendizaje.

Durante gran parte del siglo XX se otorgó gran importancia a ese tipo de valoración diagnóstica, lo que a su vez favoreció el desarrollo de conceptos tales como *edad mental* (capacidad mental que muestra un sujeto en relación con los demás personas de su misma edad) y *coeficiente intelectual* (resultado de dividir la edad mental del sujeto entre la edad cronológica y multiplicar por cien el resultado). Este último constructo, considerado como algo estable e inmutable, asume que el comportamiento de una persona es permanente y consistente a través del tiempo, ya que depende de variables internas al propio sujeto (atributos psicológicos o variables orgánicas) difícilmente modificables por la acción del medio ambiente.

Las implicaciones para la intervención desde el modelo psicométrico, se apreciaban en el campo educativo, ya que la clasificación derivada de la evaluación, permitía la organización escolar en grupos homogéneos según sus capacidades (*educables, entrenables y custodiables*); a su vez, esto dio origen a la organización especial en centros específicos y a algunos modelos de integración basados en aulas de apoyo. La psicometría como tal, favoreció el desarrollo de instrumentos para la selección de aquellos estudiantes que precisaban una educación especial y el desarrollo de una enseñanza prescriptiva basada en el déficit, es decir, de una enseñanza especializada propia para estudiantes con déficit cognitivo.

Ventajas y desventajas: Los defensores de los sistemas de clasificación en el aula basados en mediciones psicométricas argumentan que el etiquetaje permite una mejor financiación y planeación de los programas educativos destinados a las categorías cuya necesidad es mayor y asegura una prestación más adecuada de servicios; adicionalmente

los profesionales pueden comunicar mejor sus resultados de investigación si los individuos están clasificados en categorías. Por su parte, la pertenencia de un sujeto a una determinada categoría implica que dicho sujeto va a compartir una serie de necesidades educativas propias de dicha población; las categorías y etiquetas permiten establecer metas realistas para el rendimiento del alumno y los compañeros que no presentan dichos déficit pueden aceptar más fácilmente las conductas de los alumnos etiquetados como deficientes.

Se considera también que determinar el nivel del retraso es útil para cuestiones de tipo administrativo (derecho a percibir subvención familiar, etc.) y también educativas (tipo de atención, centro educativo).

Para muchos autores, la aplicación del modelo psicométrico al campo educativo ha tenido una serie de efectos negativos, evidenciados en conductas de rechazo social entre compañeros y en la limitación de las posibilidades de desarrollo para los estudiantes etiquetados como deficientes mentales, ya que las categorías estigmatizan y pueden conducir a una jerarquización social y a enfocar el problema educativo desde una perspectiva individual, ignorando los problemas sociales y ecológicos del aula. Según Langione (1990), al maximizar las áreas débiles del estudiante, se produce en los profesores la llamada “profecía autocumplida” que explica el porqué los estudiantes no hacen progresos; así mismo los estudiantes adquieren un autoconcepto negativo al quedar por fuera de los programas educativos ordinarios.

Para Verdugo (1.994), la clasificación puede convertirse en una barrera para el acceso al currículo de muchos alumnos que sin ella podrían progresar sin muchos obstáculos. La clasificación del retraso mental u otras categorías usadas en contextos educativos, no está relacionada con el proceso educativo y las etiquetas sólo permiten obtener un conocimiento global de los alumnos y tomar decisiones sobre su enseñanza de carácter general.

Enfoque conductual

Las bases teóricas de la intervención desde la aproximación conductista se apoyan en las leyes del condicionamiento clásico de Pavlov y el condicionamiento operante de Skinner (Pelechano, 1984). De acuerdo con Skinner, la conducta debe ser explicable, predecible y modificable atendiendo a las relaciones funcionales con sus antecedentes y consecuentes ambientales. De esto modo, la modificación de conducta se presenta como una alternativa

innovadora, válida y eficaz, fundamentada en un cuerpo teórico sólido, capaz no sólo de explicar los trastornos del comportamiento sino de presentar soluciones eficaces para ellos.

En los años 70 la modificación de conducta se aplicó con gran éxito a problemas que hasta ese momento eran refractarios al tratamiento. Las técnicas operantes se aplican con éxito a problemas de la adquisición del lenguaje, retraso mental, autismo y delincuencia; al igual que se aplica a problemas en el aula y trastornos de la conducta en niños normales. Se desarrollan nuevas técnicas como la economía de fichas y se mejoran los procedimientos existentes. Posteriormente se desarrollan técnicas de entrenamiento en asertividad y habilidades sociales y se mejoran las técnicas de alivio de aversión y técnicas aversivas.

En el conductismo se postula que la conducta es aprendida y es la consecuencia de ciertas contingencias, por lo cual en términos de intervención, el ambiente debe modificarse de forma sistemática con el objetivo de producir un cambio específico en la conducta observable. Las intervenciones por tanto, deben centrarse directamente en la conducta afectada, que además es medible, observable y cuantificable.

En el campo de la educación especial, el modelo conductista ha tenido una gran influencia y aplicación, partiendo de la aplicación de técnicas de modificación conductual al ámbito escolar; de igual manera, ha influido en la teoría curricular, identificando el currículo con los procesos de planificación de la acción educativa. Esta planificación tendría, como eje primordial, la selección y formulación de los objetivos de aprendizaje, entendidos como comportamientos observables, medibles y cuantificables que se pretende conseguir o modificar gracias al proceso de enseñanza-aprendizaje. La selección de contenidos y actividades estaría supeditada a los objetivos propuestos.

De esta manera, el modelo conductista ha impactado la educación del niño con retraso mental: Por un lado en el énfasis dado al análisis de tareas (cuyo objetivo es evaluar el grado de habilidades específicas en los niños, utilizando una evaluación con referencia a criterios) y por el otro, al entrenamiento de habilidades, ya que se parte del supuesto de que determinadas habilidades son prerequisites para el logro de las capacidades académicas. Una de sus aplicaciones a la evaluación es la medición basada en el currículo y el diagnóstico basado en el currículo.

Ventajas y desventajas: Al considerar que toda conducta retrasada, al igual que cualquier otra conducta, se puede analizar funcionalmente, es decir, en función de los estímulos y de

las consecuencias, se abre la posibilidad de un cambio conductual. El desarrollo y aplicación de técnicas de modificación de conducta no sólo en el campo de la terapia sino también, en el de la educación de estudiantes con déficit cognitivo, ha sido eficaz a la hora de extinguir y de crear nuevas conductas.

Algunos ejemplos de la eficacia de la aplicación de las técnicas de modificación de la conducta se encuentran en la enseñanza del lenguaje y sus perturbaciones (programas de moldeamiento); para la creación de hábitos de vestido y aseo personal y para eliminar conductas perturbadoras en el aula. Para incrementar el rendimiento escolar se utiliza la economía de fichas; para eliminar fobias y ansiedades se utiliza la desensibilización sistemática y, por último, para eliminar las conductas inadaptadas o agresivas se utilizan las técnicas reductivas (Pelechano, 1.984).

Dado que los objetivos de la enseñanza son específicos y las metas son observables y medibles, los datos del progreso del estudiante determinan la efectividad de las intervenciones y suministran las pautas para tomar decisiones instrumentales. Otra de sus ventajas es la aplicación de la enseñanza programada y la utilización del computador, pues actualmente existen programas para incrementar la agudeza visual o auditiva, el aprendizaje de la lectura y matemáticas, diseñados para alumnos con déficit sensoriales, mentales y motrices. Gracias a la tecnología instruccional, muchas personas con déficit cognitivo severo o profundo pueden aprender aptitudes que anteriormente se pensaba que estaban lejos de su alcance, hasta el punto que pueden convertirse en adultos semi independientes capaces de vivir y trabajar en la comunidad.

Dado que en la intervención no se concede suficiente importancia a los aspectos subjetivos del alumno, el profesor se convierte en un regulador del comportamiento del alumno, quien asume un papel pasivo en su aprendizaje. Los contenidos académicos por su parte, se convierten en una lista de comportamientos deseados y listas de refuerzos. En este sentido, el modelo conductual solo explica y resuelve problemas muy simples, y no promueve procesos de conceptualización complejos y de naturaleza interna. Algunos autores, cuestionan la validez de los principios del aprendizaje sobre los que descansa este modelo y su aplicabilidad ya que se derivan de investigaciones de laboratorio con animales y se trasladan a la explicación y modificación de la conducta humana. Otras críticas plantean que el modelo no ha sido muy útil en la generalización de aprendizajes a situaciones nuevas.

Enfoque cognitivo

Bajo esta denominación se agrupan una serie de teorías de muy diversa índole como las planteadas por la escuela rusa de Vigotsky y Luria; las teorías evolutivas del desarrollo mental (Piaget y neopiagetianos), del procesamiento de información (Miller), del aprendizaje significativo (Ausubel), del aprendizaje por descubrimiento (Bruner), de la modificabilidad cognitiva (Feuerstein), entre otras. Todas ellas postulan que el organismo interpreta la realidad según su organización cognitiva y construye significados sobre ella, con lo que se apartan de los supuestos del modelo conductista ya que asumen que el comportamiento de un sujeto no depende exclusivamente, de las variables ambientales sino de los procesos internos de procesamiento de información que hace que un sujeto dé una respuesta diferencial ante un mismo estímulo ambiental; va más allá del modelo psicométrico porque considera que el sujeto tiene un papel activo en la configuración de su comportamiento y no depende, exclusivamente, de causas remotas, deterministas e inamovibles. Se ocupa del proceso y no del resultado; es decir, le interesa conocer cómo el sujeto aprende. El resultado final permite identificar aquellos momentos del procesamiento que son disfuncionales en la actividad de la persona con déficit cognitivo.

Desde este enfoque las personas con déficit cognitivo son personas que, o, bien presentan un desarrollo cognitivo considerablemente retrasado (*teoría del desarrollo*), o presentan disfunciones en los procesos cognitivos para incorporar información: percepción, memoria, formación de conceptos etc, que se comprenden desde una *teoría del déficit*. Busca por lo tanto, conocer las estrategias cognitivas ausentes o deficitarias en personas con discapacidad cognitiva, y que se supone que en alguna medida son corregibles y susceptibles de intervención, a partir de una evaluación psicológica y educativa centrada en actividades de selección, elaboración, transformación y recuperación de la información.

A continuación se señalan los principales aspectos de las teorías que agrupa el enfoque cognitivo con relación a la intervención de la discapacidad cognitiva.

Teoría de la construcción del conocimiento. Según Inhelder & Piaget (1995) el pensamiento lógico se desarrolla a través de cuatro estadios y que en cada estadio el niño es capaz de aprender sólo unas tareas determinadas. La inteligencia humana no es ni maduracionista (determinada por la herencia) ni asociacionista (determinada por el ambiente), si no interaccionista. Se origina y progresa por la necesaria interacción del otro y

el objeto; en esta relación ambos se modifican mutuamente de lo que resulta un progresivo desarrollo del sujeto y una consecuente transformación de las modificaciones de los objetos (García, 1999).

De las implicaciones teóricas de esta postura se asume que el niño con déficit sigue en su desarrollo mental el mismo recorrido que el niño normal. No obstante, en el niño con déficit este recorrido se realiza con retrasos, fijaciones precoces y sin llegar jamás al equilibrio definitivo, diferenciándose del niño normal en el ritmo de su desarrollo y en el límite que alcanza. Por tal razón en la intervención educativa se deben reforzar las bases del pensamiento sobre las que se construirán más tarde los aprendizajes, lo cual en el caso de los estudiantes con déficit cognitivo, significa brindar experiencias de acuerdo a su capacidad o nivel cognitivo, buscando correspondencia entre este y las tareas académicas propuestas.

Bajo esta perspectiva, existe acuerdo general en admitir que las personas con déficit cognitivos profundos no superan el periodo sensoriomotor, los que presentan déficit severos son capaces de un pensamiento intuitivo; los moderados son capaces de una construcción operatoria, pero inacabada, y los leves en algunos casos, podrían acceder a las operaciones formales pero mucho más tarde.

Teorías basadas en la Modificabilidad Cognitiva. Se parte de la idea de que la inteligencia es modificable y de que la modificabilidad como tal puede evaluarse (por ejemplo, la evaluación dinámica de la inteligencia). Estas teorías han tenido gran aplicación y desarrollo en el campo de la educación especial, destacándose la *Teoría de la Zona de Desarrollo Próximo* de Vigotsky (Pozo, 1996) y la *Teoría de la Modificabilidad Estructural Cognitiva* (Feuerstein, 1997).

Desde la *Teoría de la Zona de Desarrollo Próximo* se defiende que los procesos psicológicos son, en su origen, esencialmente sociales. Los niños experimentan por primera vez actividades de solución de problemas en presencia y con ayuda de otras personas; poco a poco llegan a resolver los problemas por sí mismos, a través de un proceso gradual de interiorización. Se llama *zona de desarrollo próximo* la distancia entre el nivel evolutivo real, lo que un niño debe resolver por sí mismo sin la ayuda de los demás, y el nivel de desarrollo potencial, lo que puede resolver con la ayuda de otra persona. Esta zona se

emplea como indicador del potencial de aprendizaje. En el caso de los niños con retraso mental la diferencia entre estos y los normales reside en la amplitud de la zona potencial. Los niños retrasados necesitan más ayuda para llegar a una solución satisfactoria.

Luria (1963), discípulo de Vigostky, a partir del estudio de los mecanismos cerebrales complejos de la actividad psíquica, plantea un modelo de funcionamiento cerebral (sistemas funcionales complejos integrados en tres áreas o unidades), así como la utilización de instrumentos de diagnóstico psicológico y la aplicación de la enseñanza rehabilitadora para las funciones alteradas.

En su planteamiento de los procesos psíquicos como sistemas funcionales complejos, históricos en su formación y mediados por la estructura, Luria postula que el cerebro se modifica con el ejercicio, la estimulación y el aprendizaje. A su vez, todo aprendizaje supone una determinada organización cerebral que se puede medir mediante el diagnóstico neuropsicológico. Los procesos psíquicos pueden estar disminuidos o alterados por una lesión o disfunción cerebral y por falta de un aprendizaje adecuado. Así pues el origen de las dificultades del aprendizaje no está exclusivamente en las alteraciones neurológicas de entidad patógena sino también en las de carácter ambiental.

Cada área o unidad funcional contribuye a la realización de la función y puede ser rehabilitada sustituyendo las áreas cerebrales dañadas por otras o procurando la reestructuración de todo el sistema funcional sobre bases nuevas. Para la rehabilitación de esas funciones alteradas, el sujeto debe someterse a un aprendizaje rehabilitador sistemático y científicamente fundado, que reconstruya las funciones alteradas utilizando zonas cerebrales intactas. La enseñanza rehabilitadora proporciona a la didáctica la comprensión de las causas que llegan a deteriorar los procesos de construcción del conocimiento y de los hábitos y los métodos que pueden emplearse en cada tipo de deficiencia.

La postura neuropsicológica luriana atribuye al lenguaje un papel regulador, no sólo de la actividad mental sino del comportamiento en general. En las personas con deficiencia mental, las perturbaciones de las estructuras corticales traen consigo modificaciones de la actividad nerviosa superior, afectando la fuerza y el equilibrio de acuerdo con la neurodinámica cortical, provocando un desarrollo anormal de las funciones de los

hemisferios cerebrales, pudiendo producir desviaciones significativas del comportamiento normal en el sentido de un predominio de la excitación, o bien de la inhibición. Estas condiciones patológicas afectan, entre otras, la posibilidad de que el lenguaje participe en la organización de los procesos mentales y en la regulación de la conducta.

Luria (1963) clasifica a los débiles mentales en seis grandes categorías en función de la descripción de la malformación o lesión, de su extensión y localización; de la presencia de perturbaciones cognitivas simples o asociadas a perturbaciones de la audición y del lenguaje, y del estilo (excitado o inhibido) de la autorregulación y del autocontrol: El grupo de base de los *débiles*, los *débiles excitables*, los *débiles inhibidos*, los *débiles con déficit de audición* y de la relación oído-lenguaje, los *débiles con subdesarrollo importante de la personalidad* y *otras formas de debilidad*. Para cada uno de estos grupos describe las conductas que lo caracterizan en función del tipo de perturbación. Esta información sirve para establecer una metodología de intervención basada en técnicas de autocontrol, cuyo objetivo es que el lenguaje asuma la función reguladora de la actividad mental y de la conducta. De acuerdo con lo anterior, un sistema educativo correctamente organizado puede ayudar, dentro de ciertos límites, al niño con déficit cognitivo a compensar sus perturbaciones, permitiéndole controlar ciertas peculiaridades patológicas de su comportamiento, así como adaptarse a las condiciones de vida cotidiana y realizar un trabajo socialmente útil.

Por su parte, Feuerstein (1997) considera que el desarrollo cognitivo es el resultado del aprendizaje incidental y del aprendizaje mediado y que la principal razón de las deficiencias cognitivas es consecuencia de la falta de aprendizaje mediado. No obstante, establece distinciones. Los sujetos con déficit cognitivos que manifiestan deficiencias debido a que sus primeros entornos de aprendizaje eran inadecuados, obtendrán beneficios del entrenamiento y de las terapias intensivas de aprendizaje mediado y manifestarán una amplia zona de desarrollo potencial. Sin embargo, los casos más severos y profundos y aquellos con daños cerebrales orgánicos obtienen menos ventajas de las experiencias de aprendizaje mediado.

Feuerstein desarrolló como instrumento para evaluar el potencial de aprendizaje el LPAD (sigla en inglés de *Learning Potential Assesment Device*) bajo una conceptualización que contraria de la psicometría, tiene una concepción dinámica de la inteligencia y mide la modificabilidad de la misma frente al carácter estático, fijo y preestablecido que le otorgaba

la evaluación tradicional. En esta perspectiva, la aplicación de los tests se transforma en una experiencia de aprendizaje, que se realiza en tres tiempos: test-entrenamiento-test, dándole más importancia al proceso que al resultado. El éxito del proceso depende del examinador que deberá establecer una interacción compleja de refuerzo, mediación y retroalimentación con el examinador.

Feuerstein (1997) estableció un inventario de posibles funciones afectadas (que afectan la fase de entrada, elaboración o salida de la información) y sostiene que la inteligencia retardada se debe a deficiencias existentes en la fase de entrada, en la de elaboración o en la de salida de la información o también puede deberse a factores afectivo-emocionales.

Con base en sus postulados, Feuerstein propone el *Programa de Enriquecimiento Instrumental* (PEI), destinado a cambiar la estructura cognoscitiva del alumno. Este programa se aplica a individuos con desventaja cultural, a personas con déficit cognitivo susceptibles de educación y a individuos normales con problemas de aprendizaje, dificultades perceptivas y problemas de motivación. Entre sus objetivos de intervención están corregir las funciones cognoscitivas deficientes en la fase de entrada, elaboración y salida, fomentar la adquisición de conceptos básicos y vocabulario, operaciones y relaciones relevantes para el problema, desarrollar una motivación intrínseca en la formación de hábitos y hacia la tarea, favorecer procesos reflexivos en el estudiante, confrontando sus éxitos y fracasos, cambiar la actitud del estudiante consigo mismo de tal manera que se auto perciba como una persona independiente, activa y capaz de generar información.

Para el logro de los objetivos utiliza instrumentos no verbales (válidos para iletrados: exigen muy poca o ninguna capacidad de lectura); instrumentos que requieren un nivel mínimo de vocabulario y lectura (válidos para iletrados funcionales; instrumentos que requieren un cierto nivel lector (válidos para sujetos con ligeras deficiencias: exigen habilidad de lectura y comprensión).

Teorías basadas en el procesamiento de información: Se parte del presupuesto de la existencia de procesos de percepción, selección, codificación, almacenamiento, transformación, acceso y recuperación de la información, así como su utilización en la solución de diferentes situaciones y control de toda actividad mental. Las aplicaciones de estos conceptos en investigaciones llevadas a cabo con sujetos retrasados mentales, han conducido a concluir que la deficiencia mental es un desorden del aprendizaje, parcialmente

remediable a través de un entrenamiento sistemático de los procesos y estrategias cognitivas. Las respuestas a la intervención en deficientes mentales ligeros y medios muestran que estos no utilizan estrategias de pensamiento, de solución de problemas y de memoria, y por el contrario se apoyan en métodos asistemáticos tales como el ensayo y error; algunos usan estrategias eficaces cuando se les enseña y se les entrena para utilizarlas, pero no pueden generalizar estas estrategias a nuevas situaciones de aprendizaje aunque estas situaciones sean similares a las primeras.

Ventajas y desventajas: En el campo educativo el aporte de las teorías cognitivas ha dado pie al desarrollo de una gran cantidad de programas de intervención, cuyo denominador común considera la posibilidad de participación activa, constructiva y autorregulada del aprendizaje, programas en los que se promueve la adquisición y desarrollo de destrezas por parte del alumno, lo cual le permitirá implicarse en sus procesos de autorregulación, aprendizaje y dominio metacognitivo. Estos programas de entrenamiento en estrategias cognitivas y metacognitivas constituyen la aplicación más relevante del paradigma cognitivo ya que su aplicación permite conocer las capacidades y limitaciones de los estudiantes y por ende, adecuar los contenidos y las metodologías a la capacidad cognitiva del estudiante. De esta forma posibilita procesos de aprendizaje más efectivos, ya que al hacer énfasis en el proceso y no en el resultado, establece una relación bidireccional entre mediación y aprendizaje exitoso, condición capaz de generar aprendizajes significativos para cada estudiante, de acuerdo a sus capacidades.

Verdugo (1994) por su parte, realiza un análisis crítico a lo propuesto por Feuerstein, considerando que la evaluación y la intervención se hace sobre una lista de funciones cognitivas deficitarias, sin ningún apoyo experimental y posiblemente producto de la intuición personal del autor; considera que aunque este enfoque pueda ser adecuado para explicar el rendimiento deficitario y su mejora, son explicaciones hipotéticas. Aunque existe la posibilidad de la modificación de la estructura cognitiva, el énfasis en procesos deficitarios, no necesariamente genera su modificación al intervenirlos. Las dificultades para generalizar los entrenamientos en personas con discapacidad cognitiva, también ha mostrado importantes limitaciones en la aplicación de técnicas basadas en el procesamiento de la información.

Enfoque ecológico

A partir del replanteamiento presentado por la AAMR (Verdugo, 2003) acerca del concepto de discapacidad cognitiva, en el proceso de intervención se plantean cambios importantes, ya que se requiere una evaluación e intervención basadas en la cotidianidad en que se desarrolla la persona, sus contextos y roles sociales, en la interacción de estos y en el tipo e intensidad de apoyos requeridos. Esta aproximación de orientación indiscutiblemente ecológica, que tiene sus raíces en aportes de la Teoría General de Sistemas y en los de Bronfenbrenner (1987) y Ammerman (1997), disminuye la relevancia dada anteriormente a parámetros netamente psicométricos que clasificaban a las personas de acuerdo a su "nivel de inteligencia". Sin embargo, aunque no excluye el criterio psicométrico en el diagnóstico del retraso mental, propone una evaluación multidimensional que implica un nuevo sistema de clasificación basado en la intensidad de dichos apoyos (limitado, intermitente, extenso y generalizado) y especificar las diferentes habilidades adaptativas.

Desde una mirada evolutiva, Ammerman (1.997) adapta la teoría evolutiva de Bronfenbrenner (1987) a las personas con deficiencias, la cual destaca cuatro componentes esenciales en el desarrollo de la persona: persona, contexto, proceso de interacción y tiempo. Las capacidades y limitaciones que la persona manifiesta en los diferentes momentos de su vida están determinadas e influenciadas por varios sistemas o niveles: Ontogénico (características individuales), microsistema (familia), mesosistema (comunidad) y macrosistema (componentes sociales y culturales más amplios).

El modelo ecológico evolutivo tiene una visión dinámica del desarrollo que se caracteriza por dos factores interrelacionados: de riesgo y de flexibilidad. Los factores de riesgo potencian la posibilidad de obtener pobres resultados, como la pobreza, el maltrato infantil, un entorno poco estimulante y la misma discapacidad del niño; todos ellos pueden provocar rechazo social. Por su parte, los factores flexibles tienen un carácter protector que disminuye la probabilidad de un desarrollo inadecuado, como el apoyo social, una educación enriquecedora y servicios educativos apropiados.

Desde una perspectiva constructivista, el modelo ecológico incorpora aportes de metodologías de investigación sociológica y cualitativa que ofrecen nuevos análisis del

concepto de deficiencia, no entendida como algo inherente al individuo sino como una construcción social de dicho concepto.

Dado que el funcionamiento de una persona con discapacidad cognitiva puede mejorarse si se le proporciona los apoyos necesarios durante un tiempo prolongado, los apoyos naturales resultan más eficaces y son el medio más eficiente y continuado para incrementar, la independencia/interdependencia, la productividad, la integración en la comunidad y el nivel de satisfacción. En este sentido, los servicios de rehabilitación elaborar una planificación centrada en la persona con sus posibilidades y limitaciones y desarrollar un sistema de apoyo funcional dentro de la comunidad, es decir, en entornos normalizados.

La implementación del modelo de la AAMR (Verdugo & Jenaro, 1999) requiere un proceso de tres fases que permita:

- Identificar las capacidades intelectuales (coeficiente intelectual inferior a 70) y el nivel de destrezas adaptativas en las siguientes áreas: comunicación, cuidado de sí mismo, vida en el hogar, destrezas sociales, empleo de recursos comunitarios, autodirección, salud y seguridad, aspectos cognitivos de tipo funcional, ocio y trabajo.

- Comprender la estructura y expectativas del entorno social y personal (casa, trabajo/escuela, comunidad). Implica describir los aspectos fuertes y débiles de la persona referidos a aspectos psicológico/emocionales, estado físico y de salud, etiología de la discapacidad, descripción del entorno habitual y del ambiente óptimo que facilitaría el crecimiento y desarrollo del individuo.

- Identificar los recursos, funciones e intensidades de los apoyos necesarios en las siguientes dimensiones: funcionamiento intelectual y destrezas adaptativas, condiciones psicológicas/emocionales, consideraciones de salud física y etiología y consideraciones ambientales. Estos apoyos se refieren a recursos y estrategias que permiten que los individuos puedan relacionarse con su entorno (hogar, escuela, trabajo) y que incrementen su interdependencia, independencia, productividad, integración en la comunidad y satisfacción personal.

Es claro entonces, que los profesionales involucrados en procesos de intervención, necesariamente se ven abocados a asumir el cambio paradigmático en el campo de la

discapacidad cognitiva desde su propia estructura mental a fin de dar respuesta a la complejidad y diversidad en esta problemática.

Ventajas y desventajas: La implementación de la intervención de un modelo ecológico como el propuesto por la AAMR en niños y niñas con discapacidad cognitiva, más que ventajas y desventajas, lo que plantea son retos para atender adecuadamente las necesidades especiales a las que, hasta ahora, no se prestaba atención.

Su implementación, vinculada al replanteamiento del concepto de deficiencia mental, implica entre otros, desarrollar instrumentos de medición para describir a los individuos con una mayor precisión, añadiendo a sus características, variables relacionadas con el entorno y los apoyos, lo que debe involucrar el nivel de inteligencia social y práctica, además de la académica. Lo anterior necesariamente conlleva a la necesidad de desarrollar sistemas de información basados en evaluaciones multidisciplinares, evaluación basada en la observación directa, en el juicio clínico y en la interacción en situaciones naturales con el alumno y en entrevistas con terceros (educadores). En consonancia con lo anterior se debe elaborar el perfil de los apoyos necesarios en cada una de las dimensiones planteadas por el modelo.

Para estos apoyos se hace necesaria su definición en forma operativa en cuanto a intensidades, normas y criterios, seguimiento y evaluación y sistemas de financiación, entre otros. El análisis de los entornos requiere definir el ambiente natural y delimitar el entorno más óptimo.

Entre los apoyos fundamentales están las adaptaciones del currículo y de la instrucción, considerando que las mejores prácticas instructivas son aquellas que enseñan habilidades en rutinas funcionales, ya que los niños y niñas con discapacidad cognitiva generalizan y retienen la información mejor de este modo, dentro de actividades rutinarias.

Otros elementos esenciales están constituidos por la precisión de factores inhibidores y facilitadores en cada caso particular como la *inclusión*: (Presencia y participación en la comunidad), *elección* (Oportunidades para desarrollar la autonomía, toma de decisiones y control), *competencia* (Oportunidades para aprender.), *respeto* (valía en el hogar y en la comunidad) y *apoyos* (para el fomento de la independencia, la productividad e integración en la comunidad).

ANEXO: Análisis de encuestas (Ver archivo anexo)

REFERENCIAS

- Ammerman, R. (1997). *Nuevas tendencias en investigación sobre discapacidad*. Editorial Siglo Cero. Vol. 28 (2). pp. 5-21.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La Ecología del Desarrollo Humano*. Barcelona: Paidós
- Feuerstein, R. (1997). *Teoría de la Modificabilidad Cognitiva Estructural*. Madrid: Bruño
- García, E. (1999). *La formación de la inteligencia*. México: Trillas.
- Inhelder, B. & Piaget, J. (1995): *De la logique de l'enfant à la logique de l'adolescent*. Press Universitaires de France: Paris.
- Langione, J. (1990). *Teaching students with mild and moderate learning problems*. Boston Allyn and Bacon.
- Luria, A. R. (1963). *The mentally retarded child. Particularidades del comportamiento en la escuela de niños oligofrénicos*. Pergamon Press- Oxford, London, N.Y., París.
- Ministerio de Educación Nacional (2002). *Orientaciones Pedagógicas para la Atención Educativa a Estudiantes con Discapacidad Cognitiva*: Autor
- Mojica, A. & Molina, S. (1995). Estudio de algunos indicadores con los que los docentes de Educación Especial favorecen el mejoramiento de la Calidad de Vida. *Revista Espiga*. No. 6
- Pelechano, B. V. (1984). *Inteligencia Social y habilidades interpersonales. Análisis y modificación de conducta*. Santa Cruz de Tenerife: Universidad de la Laguna.
- Pozo, J.I. (1996). *Aprendices y Maestros*. Madrid: Alianza
- Verdugo, M.A. (1994). El cambio de paradigma en la concepción del retraso mental: la nueva definición de la AAMR. *Siglo Cero*. Vol 25(3) No 153. pag. 5-24.
- Verdugo, M. A., & Jenaro, C. (1999). *Retraso Mental: Definición, Clasificación y Sistemas de apoyo*. American Association on Mental Retardation; versión española Madrid: Alianza Editorial
- Verdugo, M.A. (2003). *Aportaciones de la definición de Retardo Mental a la corriente inclusiva de personas con discapacidad*. San Sebastián.
- Yarza, A. (2005). Travesías: apuntes para una epistemología y una pedagogía de la educación especial en Colombia. *Revista de Pedagogía*, Vol 26 No 76.

2.3 TRASTORNOS COMPORTAMENTALES

Los trastornos del comportamiento también denominados según el DSM IV (1994) como *Trastornos por Déficit de Atención y Comportamiento Perturbador* se han constituido en el motivo más frecuente en la remisión de niños y niñas para evaluaciones y tratamientos en el área de la salud mental, ya que son condiciones que generan gran interferencia dentro del ambiente escolar; estos incluyen problemas emocionales, conductuales y de relación observados, tanto en niños como adolescentes durante su desarrollo.

El trastorno del comportamiento (TC) más frecuente es el Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad (TDAH), que comprende falta de atención, impulsividad e hiperactividad. El Trastorno con Conducta Oposicionista o Desafiante (TOD) por su parte, incluye problemas para relacionarse con otras personas, es decir, comportamientos de disconformidad caracterizados por enojo y resentimiento frente a la imposición de la norma. El Trastorno Disocial de Conducta (TDC) se refiere a la presencia de comportamientos que transgreden las normas y expectativas sociales y que se caracterizan por conductas antisociales que violan los derechos de los demás, las normas y las reglas sociales apropiadas para la edad (Gratch, 2000). Estos trastornos de conducta presentan frecuente asociación evolutiva con el TDAH, lo cual sugiere un trasfondo patogénico común, aunque es difícil determinar si algunas de sus características configuran hitos evolutivos que se dan en el tránsito de una edad a otra y que se agravan alrededor de la adolescencia o si se trata de trastornos distintivos del comportamiento asociados que se potencian mutuamente.

Las condiciones que contribuyen a la aparición y desarrollo de los trastornos de la esfera comportamental son multifactoriales. Desde el punto de vista neuropsicológico, los hallazgos demuestran que los niños y los adolescentes afectados parecen presentar alguna clase de anomalía en el lóbulo frontal del cerebro, lo cual interfiere en su capacidad para planificar, autorregularse e inhibir o evitar los riesgos y aprender de las experiencias negativas (Fernández-Pérez, 2008). Otros factores asociados con mayor probabilidad de desarrollar trastornos comportamentales se refieren a niños y adolescentes que tienen un temperamento difícil (base genética). Así mismo adolescentes, niños o niñas, que provienen de ambientes carenciados, traumáticos o desorganizados y/o pertenecientes a un bajo nivel socioeconómico, presentan un alto grado de vulnerabilidad frente a estos trastornos.

Dado lo anterior, y comprendiendo la complejidad que implica la intervención y manejo de los trastornos comportamentales, se hace necesario un abordaje desde el proceso evaluativo y diagnóstico, con una intervención asumida desde una óptica multidimensional que abarque no solamente al niño y la niña con la dificultad comportamental como tal, sino que incluya a los padres y al entorno. Es por ello que en esta revisión monográfica se revisan las bases teóricas de los enfoques de intervención más sobresalientes en el campo de los trastornos comportamentales, con el fin de facilitar la comprensión de las diferentes orientaciones puestas en planes y programas que pretenden brindar un soporte terapéutico que conduzca al desarrollo de habilidades cognitivas, personales y sociales en niños y adolescentes con dichos trastornos.

Enfoque conductual

La modificación conductual hace referencia a la utilización de principios básicos del aprendizaje con el propósito de enseñar nuevas conductas o de motivar cambios en el comportamiento. Autores como Eysenck (1959), Rimm y Masters (1974, 1984), Millon (1974), Yates (1974), Kazdin (1982), citados por Castañeda (1998) han planteado los principios básicos que deben regir las terapias conductuales, coincidiendo en que cualquier terapia de la conducta debe centrarse en el aquí y ahora de la conducta manifiesta (actual) y no en aspectos históricos (biográficos). Para ellos, el objetivo terapéutico fundamental es el cambio de la conducta desadaptada específica, para lo cual es importante y fundamental determinar el tratamiento en términos objetivos y planificados, atendiendo a las necesidades de cada individuo.

Dentro de los postulados básicos del enfoque conductual (Kazdin, 1975; Skinner, 1975, y Rosenthal y Bandura, 1978, citados por Ruiz-Sánchez & Cano-Sánchez, s.f.) se encuentran los derivados de tres paradigmas: el condicionamiento clásico, el condicionamiento operante y el condicionamiento vicario o aprendizaje por modelamiento o imitación. En general, las aplicaciones de estos paradigmas, en especial del aprendizaje por imitación, pretenden fomentar nuevas conductas o facilitar la aparición de las más apropiadas en diversas problemáticas y han sido especialmente utilizadas en el ambiente escolar y familiar. Este enfoque incluye un proceso que abarca un diagnóstico denominado *Análisis Funcional* o

Conductual que consiste en explicar el problema presentado como categorías conductuales operativas y en determinar las variables que las rigen.

En trastornos comportamentales como el TDAH, las terapias de corte conductual se presentan como una de las más utilizadas; técnicas como la desensibilización sistemática o de relajación muscular (Jakobson, 1938, citado por Paine, 1990) han sido usadas como parte del tratamiento, especialmente para la disminución de síntomas de los trastornos asociados. En otros programas se emplean el entrenamiento asertivo para incrementar la capacidad del paciente para adoptar conductas socialmente apropiadas, a través de técnicas como ensayo de conducta, imitación, feedback, procedimientos encubiertos y mecanismos de inhibición recíproca. Estas técnicas resultan útiles en el tratamiento del comportamiento por cuanto incluye el incremento de conductas sociales apropiadas, aspecto que se ve afectado en niños con trastorno disocial o negativista.

Las técnicas de modelamiento procuran que el paciente adquiera el manejo de problemas relacionales, observando, imitando y haciendo una retroalimentación con el modelo y el terapeuta. Entre las más conocidas están el *Entrenamiento en Habilidades Sociales* y el *Entrenamiento en Afectividad*, las cuales se consideran de gran importancia en el trabajo con niños y niñas que presentan trastornos de comportamiento, debido al alto grado de afectación emocional en ellos.

La economía de fichas es otra técnica aplicada en trastornos de la conducta con el objetivo de eliminar conductas desadaptativas y fomentar la adquisición de conductas alternativas o socialmente deseables; puede utilizarse como un sistema de refuerzos, para que aparezca la conducta adaptativa deseada. En los casos de niños con trastornos de la atención esta técnica es muy efectiva, sobretodo en el ambiente escolar y familiar porque permite centrar al niño en una actividad como tal y dirigir su atención hacia un solo foco.

El contrato de contingencia es una técnica de que se basa en establecer un contrato o acuerdo negociado entre el terapeuta y el paciente, por el que éste se compromete a obtener recompensas cuando realice conductas apropiadas y castigo cuando las conductas que manifiesta no sean adecuadas o pactadas. Resulta apropiada en los trastornos del comportamiento ya que se maneja el nivel de tolerancia a la frustración del niño o niña a través de la previa evaluación de lo que se espera y la identificación de la recompensa y castigo para el establecimiento de las contingencias.

En las aplicaciones de la terapia de la conducta a trastornos de la atención y del comportamiento se propone entrenar a los padres en algunas técnicas específicas para mejorar la conducta. Estas ayudan a los padres a proporcionar al hijo un ambiente estructurado con unas normas y unas consecuencias claras y consistentes. La finalidad del tratamiento por tanto, será conseguir que el niño tenga una mayor autonomía para regular su comportamiento, o sea, autocontrol y adaptación a las normas, mayor autonomía física en los hábitos de su vida diaria y mayor autonomía cognitiva para seleccionar lo relevante de lo irrelevante, así como para la autoevaluación y autocorrección; igualmente se persigue mayor autonomía emocional, con una buena autoestima y unas relaciones más satisfactorias con las personas de su entorno.

En este contexto, el terapeuta debe orientar a los padres acerca de normas para la obediencia, refuerzo positivo, tiempo fuera (de reflexión), así como técnicas para reducir comportamientos no deseados y para modificar conductas negativas. Todas estas técnicas tienen la finalidad de moldear el comportamiento perturbador del niño y conseguir que los padres aprendan a fijarse en las conductas positivas de su hijo, lo que a la larga deberá mejorar la autoestima del niño y la de los padres al comprobarse mutuamente que son capaces de realizar con mayor eficiencia las funciones de crianza.

Para una modificación conductual eficaz es necesario diseñar un ambiente estructurado, dar mandatos efectivos, establecer prioridades, definir las conductas a modificar y manejar en forma sistemática las consecuencias positivas y las consecuencias negativas que las conductas identificadas pueden tener para el niño. En este proceso se hace necesaria la asesoría de profesionales concedores de este tipo de terapia y de las características propias de cada tipo de trastorno comportamental.

Ventajas y desventajas: Este enfoque permite un adecuado entrenamiento de todas las personas involucradas con este tipo de trastornos, ya que es muy exigente respecto al manejo del entorno y las adecuaciones pertinentes para lograr los cambios de conducta en los niños. Dado que se basa en el aprendizaje a través de estímulos o refuerzos, resulta muy acertado en lo referente a la modificación de conductas, puesto que ayuda a mejorar las habilidades sociales y a tener mayor control frente a las rabietas a las que generalmente recurren estos niños para lograr sus objetivos.

El carácter estricto de la terapia conductual resulta apropiado para el manejo de los trastornos comportamentales ya que el llevar a cabo cada paso en orden secuencial y ordenado favorece la aparición de resultados palpables a corto plazo y permite determinar el tratamiento en términos objetivos y planificados, atendiendo a las necesidades de cada

paciente. Constituye uno de los enfoques más influyentes en el campo de la salud mental y posee un bagaje teórico muy extenso.

Puesto que la aplicación de las técnicas conductuales exige demasiado control y disponibilidad de tiempo, esto puede resultar agotador tanto para el niño como para los maestros y padres. Por otro lado, si hay falta de continuidad o falta de consistencia en la terapia, se pueden volver a presentar las conductas iniciales y no ser extinguidas. Adicionalmente las exigencias del tratamiento conductual, con frecuencia no se adaptan a los entornos escolares, o no se cuenta con profesionales disponibles o calificados en dichos entornos.

Enfoque cognitivo-conductual

Bajo la denominación cognitivo-conductual se agrupan diversas aproximaciones terapéuticas que surgen tras los cuestionamientos acerca de la eficacia de los modelos conductuales basados exclusivamente en el condicionamiento. Esta corriente psicoterapéutica incorpora paulatinamente estrategias y procedimientos de la psicología cognitiva planteados por autores tales como Ellis, Beck y Meichenbaum (citados por Fernández-Pérez, 2008), entre otros. El término conducta en este enfoque se entiende en un sentido amplio, abarcando conductas visibles, así como pensamientos, sentimientos y emociones.

Los llamados modelos cognitivos-conductuales asumen el concepto de cognición como el acto por el cual la persona logra saber y conocer acerca de sí y del mundo que le rodea a través de la experiencia y logra también integrarse al mundo a través de su propia cognición y de lo que experimenta y razona, como un ser activo, capaz de influir decididamente en su realidad y asumiendo una función y una acción constructivista y participante de su propia terapia. El fundamento básico de este enfoque se centra en la conducta observable del sujeto, pero abordada y focalizada en la complejidad del proceso cognitivo donde el déficit,

alteración o error en dicho proceso es considerado como responsable de la aparición del trastorno o conducta desadaptada.

Las terapias cognitivas-conductuales clásicas fueron creadas sobre la base de los principios del conductismo, como la fundada por Donald Meichenbaum en 1970, en las que se retoman algunos aspectos de los trabajos de la Escuela Soviética fundada por Lev Vigotski.

En estas, se utiliza el concepto de diálogo interno como regulador de la conducta, para crear un modelo en el que los postulados básicos se sustentan en el diálogo interno y el entrenamiento en el sentido de comportarse y hablarse a sí mismos de manera distinta y con ello dar origen a nuevos comportamientos, que sean más adaptativos y a nuevas conceptualizaciones sobre los mismos. Es decir, se asume que el diálogo interno es un importante regulador del comportamiento, siendo este el objetivo terapéutico, para llegar al cambio en la conducta.

Lo anterior llevó al surgimiento de diferentes escuelas tales como las que enfatizan en la reestructuración cognitiva, en el entrenamiento en habilidades con programas focalizados y en el autocontrol y la autoinstrucción. Sus aplicaciones resultan especialmente importantes en trastornos conductuales para aumentar la capacidad del individuo en resolver los problemas y sus habilidades de comunicación y de control de la ira y los impulsos, entre otros.

Diferentes estudios enfatizan que en el desarrollo de las conductas disruptivas el déficit cognitivo que subyace se relaciona con las funciones ejecutivas, entre ellas la flexibilidad cognitiva o capacidad de cambio y la habilidad para resolver problemas mediante la planificación y la organización. Estudios que han caracterizado a niños con déficit atencional en asociación con el trastorno oposicionista desafiante, por ejemplo, identifican disfunciones importantes en la memoria de trabajo, que se manifiestan por dificultades para discernir las consecuencias de un determinado comportamiento con base en una experiencia previa; al no poder anticipar las consecuencias potenciales de los actos, estos acaban siendo vistos como comportamientos oposicionistas y desafiantes.

Con respecto a las terapias dirigidas hacia el *entrenamiento en habilidades sociales* y el *autocontrol/auto instrucción*, en la intervención se pretende diseñar experiencias específicas de aprendizaje, destinadas a enseñar al paciente a poner en práctica acciones como monitorear sus pensamientos, reconocer las conexiones entre los pensamientos, el afecto y

la conducta; también educa al paciente para que pueda examinar las evidencias que están a favor o en contra de sus pensamientos, es decir sus propias cogniciones para corregir las distorsiones y sustituir las cogniciones por interpretaciones más objetivas.

Otra de las intervenciones representativas de este enfoque es la terapia de *resolución de problemas* en la que se enseña al sujeto a tomar decisiones, mediante alternativas que se

muestran según sea el caso, como las más eficaces para resolver el problema en cuestión, (D'Zurilla & Godfried, 1971, citados por Castañeda, 1998). Por su parte, con las *terapias de afrontamiento* (Meichenbaum, 1972, citado por Fernández Abascal et al (1997) se pretende desarrollar en el sujeto habilidades necesarias y suficientes para enfrentar situaciones estresantes; se utiliza preferentemente ante el control de la agresividad y resulta muy pertinente en el caso de los trastornos del comportamiento donde algunos factores de mantenimiento de los mismos se encuentran en un medio que es de igual forma violento.

Las técnicas basadas en los principios del autocontrol, se suelen utilizar en combinación con las anteriores; las más utilizadas son los autorregistros a través de los cuales el paciente aprende a observar su propia conducta y a modificarla, así como a manejar la relación entre los acontecimientos, su interpretación, valoración subjetiva y sus efectos emocionales y conductuales. Este enfoque considera que el problema del comportamiento del niño o niña es consecuencia de un retraso en el desarrollo de sus habilidades cognitivas (habilidades ejecutivas, para el procesamiento del lenguaje, para regular las emociones, flexibilidad cognitiva y habilidades sociales).

Uno de los modelos empleados para el tratamiento de los trastornos de la conducta es el desarrollado por Green y Kreuter (1991) citados por García, Owen & Alarcón (s.f.) y conocido como *Colaboración en la Solución de Problemas* (CPS), desarrollado específicamente para el manejo de niños con conductas disruptivas (conductas inflexibles y/o explosivas), frecuentes también en los niños con TDAH, sobre todo si presentan comorbilidad con el trastorno negativista desafiante. Consiste en enseñar a los padres a entender las características de un niño con trastornos comportamentales y comprender que si el niño es inflexible y explosivo es porque le cuesta controlar sus emociones, fácilmente se frustra ante una dificultad y tiene poca capacidad de adaptación. Según estos autores la conducta explosiva se suele dar cuando las demandas cognitivas superan la capacidad del niño para responder de una forma adaptativa. Estos autores consideran que la capacidad de

obedecer es una habilidad cognitiva; por lo tanto, se debe ayudar a los padres a entender que el niño que actúa de forma explosiva no lo hace intencionadamente, ni porque sea manipulador, sino por una disfunción cognitiva. Este modelo se centra más en la cognición que en la conducta; es decir, la aproximación al trastorno de conducta parte de la premisa que el niño puede hacer las cosas correctamente si dispone de las habilidades necesarias; por eso enfatiza en que la regulación de las emociones, la tolerancia a la frustración y la

habilidad del niño para resolver problemas no se desarrollan independientemente, sino que dependen, en gran medida, de la manera y de los modelos usados por los adultos para enseñar a los niños.

Para ellos el primer objetivo de la intervención estará encaminado a resolver las situaciones o puntos donde se observen incompatibilidades por ambas partes. Para la puesta en práctica del CPS se hace necesario ayudar a los padres a ubicar cada una de las conductas disruptivas del hijo en tres categorías, descritas por el autor como *cestos*. En la categoría A se identifican las conductas que representen riesgo de que el niño se haga daño, que haga daño a terceros o que atente contra la propiedad ajena. El cesto o categoría B se centra en las conductas sin riesgo propio ni ajeno pero que generan problemas en la dinámica familiar. Y en el cesto C se encuentran las conductas inadecuadas que no generan riesgos ni problemas importantes en la dinámica familiar pero que de alguna forma causan incomodidad. Al enfocarse en la identificación de la categoría en la que se encuentre la conducta incorrecta, los padres deberán actuar en consecuencia. Si la conducta corresponde al primer cesto se deberá imponer la autoridad reprimiendo la conducta, sin dar espacio para discusión, ni acuerdos. Las conductas del cesto B, son trabajadas para conseguir una mejoría en las habilidades cognitivas del niño; así los padres deberán tener en cuenta las opiniones del hijo, lo que ha de mejorar su autoestima, fomentando el diálogo y negociación con una resolución conjunta de la situación problemática en la que el niño tendrá la posibilidad de autocontrolarse. Cuando la conducta corresponde al cesto C, se sugiere no intervenir en el momento para evitar enfrentamientos y desautorizaciones paternales continuas por considerarse situaciones menores.

A través de la técnica del CPS el profesional estaría ayudando a los padres a reconocer el impacto que tienen las tres categorías sobre sus propias relaciones con sus hijos, les enseñará a dar un valor a los diferentes comportamientos inadecuados, a seleccionar las

conductas conflictivas más necesarias o útiles que deben ser trabajadas y a valorar el trabajar un conflicto conjuntamente con el hijo para así favorecer el desarrollo de sus habilidades cognitivas.

En el caso específico de niños con TDAH y dado el alto grado de influencia neurobiológica en el trastorno, los principios del enfoque cognitivo-comportamental pueden ser utilizados

para reducir y manejar la inatención, la impulsividad y la hiperactividad pero no para “eliminarlos”, así como para modificar problemas de conducta asociados (como negarse a cumplir con las reglas establecidas, desobedecer, molestar o agredir a otros, cumplir con las responsabilidades en el hogar y terminar tareas escolares, entre muchos). La terapia cognitivo-comportamental del niño con TDAH es una tarea continua que requiere planificación, creatividad, esfuerzo y persistencia a través del tiempo. Por tal razón se deben plantear rutinas estructuradas, donde se establezca una agenda de trabajo de común acuerdo, que tenga logros realistas de los temas a tratar en cada sesión y de común acuerdo de los hijos con los padres.

Uno de los aportes más sobresalientes para la explicación e intervención del TDAH y desde un modelo neuroconductual que reconoce la base biológica del trastorno, se relaciona con los planteamientos de Barkley (1997) citado por Servera-Barceló (2005) en una completa revisión del *Modelo de Autorregulación*, ya que al reconceptualizar los dos elementos definitorios del TDAH (inatención e impulsividad), recupera el análisis conductual de Skinner, por lo cual propone como base del problema el ‘control de estímulos’ (la inatención -baja relación que se da entre un estímulo y la conducta que previsiblemente debería desencadenar- y la impulsividad que refleja por un lado, una incapacidad para demorar reforzadores y, por otro, precipitación en la consideración de las condiciones estímulares presentes). Por ello Barkley expone que lo genuino del comportamiento de los niños con TDAH son dos tipos de déficit:

- Una incapacidad para generar Conductas Gobernadas por Reglas (CGR)
- Una respuesta anormal a las consecuencias del medio.

En el modelo de autorregulación Barkley también se apoya en otro concepto clave de Skinner como es la distinción entre las conductas moldeadas por las contingencias y las

CGR. Las primeras son las típicas derivadas del paradigma del condicionamiento operante – se ejecutan en presencia de estímulos discriminativos y/o reforzadores que se intuyen inmediatos–; en cambio, las segundas se adentran en el campo del autocontrol. Las CGR son aquellas en las que los objetivos y consecuentes de la conducta dependen de estímulos verbales –por tanto, no se presentan en el ambiente-. Expresan el control de la conducta por parte del lenguaje, lo que evolutivamente ocurriría primero a partir de la influencia del adulto y después, tras un proceso de maduración e interiorización, sería el propio niño quien lo

asumiría. Por tanto, en una CGR se asume la presencia de un proceso de ‘cumplimiento’; se da una norma y, acto seguido o relativamente en poco tiempo, debe darse la conducta, así como de ‘seguimiento’: el niño debe ser capaz de autogenerar la norma para mantener la conducta en el tiempo en ausencia de control externo. En este sentido, los aportes de la escuela soviética y específicamente de la teoría contextual del desarrollo en relación con la internalización del lenguaje en la autorregulación se retoman para la comprensión del fenómeno del TDAH, pero de manera integrada con los principios conductuales del aprendizaje.

En cuanto a la anormal respuesta en el TDAH a los estímulos y consecuentes del medio, se debería analizar si esta se da por un déficit en el efecto de los estímulos reforzadores, un efecto inusualmente rápido de habituación o de saciedad a estos estímulos o por un déficit en la manera habitual con la que los programas de refuerzo mantienen la conducta de los individuos. Los anteriores planteamientos explican la propuesta de Barkley del TDAH como un *trastorno por desinhibición conductual*.

En cuanto al Trastorno Oposicionista Desafiante, Barkley (1997) también propone un conocido programa de intervención que consta de ocho pasos encaminado a favorecer la aparición de conductas positivas que le ayuden al niño a alcanzar el éxito en el colegio y en sus relaciones sociales (ver capítulo sobre programas de intervención). Las estrategias usadas están diseñadas para reducir la terquedad y el comportamiento oposicionista y aumentar las conductas de colaboración. Este programa se basa en la suposición que las conductas positivas tenderán a incrementarse si el niño recibe un premio o un reconocimiento por ellas, en tanto que las negativas tenderán a extinguirse si son ignoradas o generan consecuencias negativas.

En el marco anteriormente expuesto es que los procesos de intervención deberían tener en cuenta aspectos de la psicología evolutiva y de la psicopatología del desarrollo para abordar los déficit en la autorregulación; es decir que dichos procesos deben apoyarse en la teoría de las funciones de los lóbulo prefrontales, específicamente denominadas Funciones Ejecutivas (FE), las cuales de acuerdo con Barkley según Servera-Barceló (2005) estarían constituidas por:

- La memoria de trabajo no verbal.
- La memoria de trabajo verbal (o el habla internalizada).

- El autocontrol de la activación, la motivación y el afecto.
- La reconstitución.

Todas ellas en su conjunto, comparten el mismo propósito: internalizar conductas para anticipar cambios en el futuro y, de este modo, maximizar a largo plazo los beneficios del individuo. Desde el punto de vista evolutivo, las cuatro funciones suponen la privatización ('maduración') de patrones de conducta manifiestos: la memoria de trabajo no verbal interioriza las actividades sensoriomotoras; la memoria de trabajo verbal, el habla, el autocontrol de la activación/motivación/afecto, la emoción y la motivación y finalmente, la reconstitución representa la internalización del juego.

La aplicación del modelo de autorregulación al déficit en el TDAH tiene implicaciones para la intervención ya que parte de la consideración de que aquel es más un trastorno de la ejecución que un trastorno de habilidad o capacidad; en otras palabras *"el problema no es que estos niños no sepan qué hacer y cómo hacerlo; lo que ocurre es que no saben cuándo y dónde hacerlo"*. Por ello, la capacidad cognitiva más disminuida de los niños con TDAH probablemente sea el "reloj cognitivo", es decir, la imposibilidad de prescindir del aquí y ahora.

Existen diversos modelos explicativos del TDAH basados en la desinhibición conductual. Sus aportes en mayor o menor grado se reflejan en los planteamientos metodológicos de diferentes programas de *intervención multimodal*, que involucran distintos profesionales, así como conformación de coterapeutas (padres y educadores) con el objetivo, más que de "curar", de reducir el impacto de los efectos secundarios tales como trastornos de conducta, fracaso escolar, problemas de adaptación social, de autoestima, entre otros. El abordaje multimodal implica que los componentes de la intervención se adapten en función de las

dificultades del niño o la niña y de cómo afecte el trastorno su funcionamiento cotidiano. En general, estos componentes se refieren a los siguientes aspectos:

- Conductual para fomentar las conductas positivas.
- Cognitivo para ayudar a establecer un pensamiento organizado en el que el niño/a adolescente prevea las consecuencias de los comportamientos y busque alternativas.
- Psicoeducación para ayudar a los padres mediante cursos de formación, conferencias, grupos de trabajo o de apoyo
- Asesoramiento a profesores mediante información del TDAH y/o cursos de formación.
- Farmacológico siempre bajo prescripción y seguimiento médico.
- Cursos para el niño/a adolescente para el desarrollo de habilidades sociales.
- Psicopedagógico o refuerzo escolar especializado.

En cuanto al abordaje de las funciones ejecutivas, existe una importante cantidad de programas que implementan estrategias psicopedagógicas desde la perspectiva cognitivo-conductual, que enfatizan en la habilitación de aspectos tales como la autorregulación, la organización conductual, la inhibición de respuesta, la planificación y secuenciación, así como la flexibilidad, tanto cognitiva como conductual. Estos programas a su vez, se centran en diversas tareas que pretenden entrenamientos específicos en:

- El control de la atención sostenida y direccional control de distractores
- La detección/valoración de prioridades en base a una meta
- La elaboración de metas y resolución de problemas
- La organización secuencial de tareas para la consecución de metas establecidas
- Entrenamiento en flexibilidad cognitiva y conductual
- Mejorar la memoria de trabajo
- Entrenamiento en autocontrol (mejora de la impulsividad cognitiva y conductual)
- Entrenamiento en habilidades sociales.

Ventajas y desventajas: La eficacia terapéutica del enfoque cognitivo conductual tiene soporte en estudios científicos, lo cual permite posicionar este enfoque como una alternativa de primera elección. Este enfoque permite que el sujeto perciba, piense, evalúe y actúe bajo patrones de comportamientos específicos ya que centra su interés en las variables o

procesos mediadores que determinan a su vez, procesos individuales de atención, percepción, reacciones afectivas o emocionales singulares, respecto de las situaciones o acontecimientos medio-ambientales. En el caso de los niños y niñas con trastornos del comportamiento, esta terapia permite a los padres definir el problema, mostrar empatía e invitar al hijo a encontrar soluciones y a generar diálogo en busca de la negociación para la resolución conjunta de situaciones problemáticas. Para algunos, este enfoque no favorece la exploración introspectiva, ya que acepta la perspectiva de un orden externo, objetivo e inmutable para todos, por lo que la relación terapéutica se convierte en un instrumento de orden y control emocional.

Enfoque psicoanalítico

Sigmund Freud (1856-1939) desarrolló una de las teorías más completas e influyentes sobre la conducta humana. Freud centró su interés en el individuo víctima de alguna perturbación mental. Hoy por hoy, existe una amplia experiencia acumulada respecto de la eficacia terapéutica del psicoanálisis, así como de las psicoterapias derivadas del mismo con respecto a los trastornos conductuales.

Entre los postulados básicos de la teoría psicoanalítica, Freud propone la distinción entre tres instancias del psiquismo: el *ello*, el *yo* y el *súper-yo*. El *ello* es el reservorio primario de la energía psíquica y está dominado por el *principio del placer*. Para Laplanche (1993) los niños con trastornos del comportamiento presentan dificultades en su funcionamiento según el proceso primario. Por su parte El *yo*, que es la capa exterior del aparato anímico, se encarga de satisfacer las necesidades con la ayuda del mundo exterior. Al intentar mediar entre las exigencias del *ello* y las del mundo exterior, trata de imponer al *ello* el *principio de realidad*, por lo que debe actuar como el puente entre el *ello* y el *super yo*. En los niños con trastornos del comportamiento el *yo* (es decir la parte mediadora), estaría limitada por la dificultad para autorregularse, es decir la imposibilidad de frenar su *ello* para dar paso a todas las exigencias de este. El *súper-yo*, derivado de la autoridad de los padres y que se forma a raíz del complejo de Edipo, actúa como conciencia moral y como ideal al que el *yo* debe aspirar. Es el representante de todas las restricciones morales y, en caso de conflicto, castiga al *yo* mediante el sentimiento de culpabilidad. Así el *súper yo* podría analizarse desde el tipo de autoridad ejercida por los padres de los niños con trastornos comportamentales y la influencia de los modelos maternal y paternal en el desarrollo deficiente de la capacidad de regularse de estos niños y niñas o adolescentes.

Según Gratch (2000) las alteraciones en el carácter que se observan en los trastornos comportamentales, se relacionan con las innumerables dificultades en la convivencia con otros, los riesgos que supone en la vida de una persona la impulsividad y el daño en la autoestima debido al reiterado fracaso en la consecución de los logros propuestos; estos son obstáculos que difícilmente pueden ser superados sin la ayuda que provee un tratamiento psicoterapéutico. Resulta perjudicial para estos niños experimentar crónicamente la sensación de fracaso en una de las principales etapas en que se forja la autoestima de un sujeto. A esto se debe agregar el sentimiento de culpa que proviene de percibir de muy variadas formas, los reproches por el sentimiento de frustración crónica de

los padres frente a las situaciones cotidianas que representa la crianza y el manejo de estos niños. La consecuencia emocional en estos casos es un daño crónico en la autoestima que suele conducir con mucha frecuencia a estructuras caracterológicas con un narcisismo fuertemente dañado o su opuesto maniaco como manera de negar en forma omnipotente los sentimientos de minusvalía o fracaso.

Los niños con trastornos del comportamiento comienzan a estar sometidos a constantes críticas por parte de sus padres o de figuras significativas y experimentan la sensación de reunir toda clase de defectos en su personalidad; la desmoralización a la que pueden llegar en la adultez puede ser tan grande que su vivencia íntima consistirá en que no importa que hagan y como lo hagan, los resultados serán siempre malos. El cuadro psicológico que por lo general acompaña a estos trastornos suele ser la depresión como consecuencia del colapso narcisista experimentado por estos niños o niñas. Se sabe que los padres como objetos externos significativos que participan de la crianza del niño son introyectados transformándose en la estructura intrapsíquica llamada *superyó* (conciencia moral); lo que en la infancia fuera una aspiración a ser amados y valorados por los padres se transforma luego en la necesidad de ser amado por el *superyó*. Entonces como resultado del ligamen con figuras significativas de la temprana infancia y mediante un mecanismo llamado *identificación* se constituye esta instancia intrapsíquica (o *superyó*, que podrá amar o reprobar al sujeto). Si el sujeto no cumple con los ideales de los padres, ahora transformados en ideales de su *superyó*, corre el riesgo de perder el amor de estos de la misma forma que pudo haber acontecido antes con los objetos externos. Si el sujeto no puede ser como, se supone, se espera que sea, se queda fijado al deseo de colmar los anhelos parentales que a partir de ese momento se le presentan como inalcanzables (Gratch, 2000). Algunas teorías psicoanalíticas sustentan que los orígenes del trastorno negativista desafiante pueden tener su fundamento en perturbaciones de la etapa que va de

primer año a los tres años, y que tienen que ver con los modelos de ejemplo y autoridad paterna y las pulsiones del niño en desarrollo.

De acuerdo con el enfoque psicoanalítico, la psicoterapia es el ámbito en el cual el sujeto puede hacer consciente sus psicodinamismos y es por lo tanto la indicación específica para abordar y resolver los trastornos de conducta y de la autoestima. Este tratamiento se propone evitar que los síntomas primarios derivados del sustrato neuroquímico como la impulsividad terminen transformándose en rasgos de carácter de estos pacientes. El temprano abordaje psicoterapéutico permitirá minimizar que el sujeto incorpore la

impulsividad como manera de lidiar o resolver sus incrementos pulsionales, así mismo evitar que la utilice para evitar o resolver la tensión psíquica proveniente de cualquier situación conflictiva con la que la vida le confronte.

Ventajas y desventajas: La terapia psicoanalítica permite abordar la parte emocional de los niños y adolescentes con trastornos comportamentales y ahondar en problemáticas mucho más profundas de la vida ya que no solo se trata de extinguir una conducta o determinado comportamiento, sino de intervenir en todos aquellos factores que la constituyen en su raíz. Procura la extinción de las expresiones sintomáticas del trastorno a través de la *catarsis* con lo que se logra la resolución de los conflictos que están dañando la parte afectiva del niño y proporciona formas más adecuadas de afrontamiento.

Las limitaciones frecuentemente consideradas se refieren a que es una forma de terapia que se muestra muy subjetiva y no permite un análisis cuantificable ni medible de las dificultades del niño; además la intervención resulta larga y costosa.

Este enfoque no permite involucrar directamente en el trabajo terapéutico a la familia del paciente ya que trabaja el análisis individual de todas las dificultades de la vida psíquica, razones por las que es muy poco utilizada en el abordaje terapéutico relacionado con los trastornos comportamentales.

ANEXO: Análisis de encuestas (Ver archivo anexo)

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM – IV*. Washington: APA
- Barkley, RA. (1997). *Defiant children: a clinician's manual for parent training*, 2ª ed. New York: Guilford Press
- Castañeda, P.F. (1998). Modelos de psicoterapia conductual y cognitiva frente a la conducta desadaptada. *Revista de Psicología*, Vol. II Nº 1
- Fernández-Pérez, M. (2008). Curso de Formación Continuada en Psiquiatría Infantil de la SEPEAP: Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Consultado en mayo 13 de 2008 en www.sepeap.org/index.php
- Fernández-Abascal, E., Palmero, F.; Chóliz, M. & Martínez F.E. (1997). *Cuaderno de prácticas de motivación y emoción*. Madrid: Pirámide
- García, J., Owen, E. & Alarcón, L.F. (s.f). Aplicación del modelo precede – preceed para el diseño de un programa de educación en salud con padres-madres de familia, en el marco de escuela saludable. *Revista Psicología y Salud*. Vol 15 Nro 001, Universidad Veracruzana Xalapa – México. P. 135 – 151
- Gratch L.O., (2000). *El trastorno por déficit de atención: Clínica, diagnóstico y tratamiento en la infancia, la adolescencia y la adultez*. Buenos Aires: Panamericana
- Laplanche, J. (1993). *Diccionario de Psicoanálisis*. Editorial Labor; 2a. Edición: Barcelona
- Paine A. R. (1990). Técnicas de relajación. Consultado el 17 de junio de 2008 en http://sisbib.unmsm.edu.pe/BvRevistas/psicologia/1998_n1/modelos_psicoterapia
- Ruiz-Sánchez, J & Cano-Sánchez J. Las Psicoterapias. Consultado el 24 de agosto de 2008 en <http://www.psicologiaonline.com/ESMUbeda/Libros/ProfSanitarios/.htm>
- Ortiz, B., Giraldo, C. & Palacio, JD (2008). Trastorno Oposicional Desafiante: enfoques diagnóstico y terapéutico y trastornos asociados. *Revista iatreia*, vol.21: 1
- Servera-Barceló, M. (2005). Modelo de autorregulación de Barkley aplicado al trastorno por déficit de atención con hiperactividad: Una revisión. *Revista de Neurología*, 40(6):358-368

2.4 TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO

Los Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD), como cuadros clínicos con substrato neurofisiológico, caracterizados por déficit en la intercomunicación y la interrelación y que dan lugar a un deterioro en las áreas emocional, afectiva y social, observados en niños y niñas, han sido interés primordial de psicólogos, educadores, médicos, terapeutas e investigadores desde que Leo Kanner describiera el autismo en 1943. Desde ese momento, han sucedido eventos importantes que han aportado tanto a la identificación como a la investigación y tratamiento del autismo y demás trastornos generalizados. Es así, como se da la inclusión en los sistemas de clasificación internacional de los trastornos mentales, la profundización en la investigación básica y clínica y la búsqueda de un plan terapéutico que resulte efectivo (Pedreira, 2002).

Los TGD se caracterizan por compromiso en muchas de las funciones cognitivas y afectivas que varía según en tipo de trastorno y la severidad de los síntomas y que incluye cuatro entidades como son el Autismo, Síndrome de Asperger, Trastorno de Rett y Trastorno Desintegrativo Infantil, todas ellas incluidas dentro de la categoría del Espectro Autista. Se ha definido el autismo como una de las alteraciones más graves del desarrollo, caracterizado por déficit en la comunicación, potencial cognitivo atípico y características específicas de comportamiento como actividades estereotipadas y repetitivas y alteración en el juego simbólico; por su parte, el Síndrome de Asperger se refiere a un conjunto de síntomas compatibles con el autismo, pero con un nivel de inteligencia normal o superior, pocas alteraciones en el lenguaje e incapacidad para comprender las convenciones sociales. El síndrome de Rett es un desorden neurológico con un retroceso de las habilidades ya adquiridas, que cursa con una variedad de problemas como retardo mental, serias incapacidades motoras, epilepsia y dificultades en la comunicación. El Trastorno Desintegrativo de la niñez es un cuadro mal conocido que implica una pérdida de funciones y capacidades previamente adquiridas por el niño (es decir, una clara regresión) que se produce después de los 2 años y antes de los 10, y en el que puede demostrarse que antes de la regresión había un desarrollo claramente normal de competencias de lenguaje, comunicación no verbal, juego, relaciones sociales y conductas adaptativas.

A través de las últimas décadas se han desarrollado métodos de evaluación y tratamiento para intervenir el autismo y demás trastornos generalizados del desarrollo, en la presente

monografía se hace alusión a los enfoques de tipo conductual, cognitivo-conductual y cognitivo (la teoría de la mente, la teoría de la intersubjetividad y la teoría de coherencia central), el enfoque psicodinámico y finalmente al enfoque neurobiológico que incluye terapias de integración neurosensorial, terapia asistida con animales y la intervención farmacológica.

Los enfoques teóricos de la intervención y el abordaje terapéutico de los trastornos del espectro autista van ligados a hipótesis etiológicas y también, aunque en menor medida, a las corrientes teóricas de la psicología y la psiquiatría. Por este motivo, se observa un recorrido, por ejemplo, desde la primera definición del autismo en 1943, hasta 1963, periodo durante el cual, las hipótesis acerca de las causas eran de tipo psicógeno y el enfoque dinámico dominaba el panorama de la psicología y la psiquiatría por lo cual, los programas terapéuticos del autismo se construían sobre la base de referentes teóricos del psicoanálisis (Cuxart, 2000).

Así, partiendo de la suposición que el autismo era la expresión última de un conflicto psicológico de origen temprano, que conducía a los afectados a adoptar una posición defensiva frente a un mundo externo percibido como hostil. El tratamiento del trastorno consistía, básicamente, en la aplicación de psicoterapias de orientación analítica como medio para reconstruir el desarrollo evolutivo del niño, dañado muy precozmente, ante lo cual, empezaría a manifestar sus potenciales cognitivos, considerados intactos, a pesar del trauma psicológico sufrido (Cuxart, 2000).

Los datos empíricos se encargaron, sin embargo, de demostrar que el paradigma utilizado era falso, puesto que los síntomas de la alteración no se modificaban de forma sustancial y el déficit cognitivo se mantenía inalterable (Cuxart, 2000).

En la segunda etapa de 1963 - 1983, se producen cambios radicales. Por un lado se plantearon hipótesis de tipo conductual y cognitivo - conductual, y se empezaron también a formular hipótesis orgánicas, basadas en datos biológicos que se asocian con el autismo.

Barman y Kemper (1994) y Gilberg y Coleman (1992), citados por Valdez (2005), refieren un cambio significativo que ocurre en la década de los sesenta, el establecimiento de nuevas formas de abordaje del autismo que pone énfasis en el aprendizaje. A nivel conductual, se

encuentra el desarrollo de las técnicas operantes de modificación de conducta que, durante esta década, provocaron una rápida implantación de este tipo de programas en la población con autismo.

En este periodo, los programas terapéuticos enfatizaron la reeducación del lenguaje a través de programas de imitación vocálica en la que primaba una actitud pasiva del niño y que se desarrollaba en contextos de aprendizaje artificiales. Los resultados fueron negativos con relación a los progresos comunicativos, pero las técnicas de modificación de conducta operante abrieron un camino en el tratamiento del autismo (Valdez, 2005).

De esta manera, los trastornos generalizados del desarrollo (TGD) desde el inicio de su categorización y estudio, se han identificado como uno de los campos más difíciles de considerar en lo referente a la intervención y tratamiento. Esta claro que, y de acuerdo a Paluszny (1987), los trastornos generalizados del desarrollo han sido fuente de investigación desde diversos enfoques, los cuales han hecho importantes apreciaciones para seguir en busca de un tratamiento adecuado que brinde una mejor adaptación a los niños que lo presentan; en la actualidad, los tipos de terapia que se emplean se enfocan a los síntomas específicos o al crecimiento adaptativo del niño, sin olvidar aquellas teorías contemporáneas como la Modificabilidad Estructural Cognitiva que plantea que toda estructura orgánica y funcional es susceptible de modificarse, y en el Autismo centra la posibilidad en las funciones sobresalientes más que en las deficitarias.

Enfoques teóricos en la intervención

Enfoque conductual: análisis aplicado de la conducta (ABA)

El *Análisis Aplicado de la Conducta (ABA)* se ha establecido como uno de los enfoques de corte conductual, es un método especializado y respaldado a través de estudios, que parece responder efectivamente a las necesidades de personas con características autistas y dishabilidad, logrando una mayor independencia y calidad de vida. Es así como desde los años sesenta el Análisis Aplicado de la Conducta (ABA) mediante investigaciones con poblaciones de niños autistas ha demostrado logros importantes de larga duración para los niños con estas características, aumentando conductas adaptativas como el lenguaje y las

habilidades sociales y disminuyendo conductas perjudiciales como la agresión (McEachin, Smith y Lovaas, 1993; Lovaas, 1987).

El análisis de la conducta, comienza desde principios de 1920 con precursores importantes como Pavlov, Thorndike, Watson, Skinner, Fester, Baer, Sidman, Ribes, Kazdin entre otros. Uno de los argumentos para su surgimiento consistió en la importancia de observar el comportamiento humano para así volverlo sujeto de investigación científica y rigurosa, con todas las implicaciones que tenía las teorías del aprendizaje. De este, se desprende el análisis de la conducta aplicada que hace referencia a los principios del aprendizaje implementados al desarrollo de conductas específicas y a la evaluación de los cambios producidos por esta aplicación. El análisis de la conducta, en cuanto a contenido, se ocupó de los problemas relacionados con la enfermedad mental, la educación, el retardo en el desarrollo, la crianza de los niños y la delincuencia, aplicando una metodología auto evaluadora y auto explicativa del cambio producido (Pedreira, 2002).

Ya en la década del cincuenta Bijou y Baer, investigadores operantes, llevaron el análisis de la conducta al ámbito infantil y desarrollaron toda una psicología evolutiva en términos operantes y una conceptualización del "Retardo Mental"; de este modo, ABA entra en el ámbito educativo y trata, tanto de resolver problemas de conducta como de mejorar el rendimiento académico y el nivel de funcionamiento general del niño. El primer autor que analizó el autismo desde el enfoque conductual fue Fester (1961) y a diferencia de ver el autismo como un trastorno emocional subyacente, como se concebía en ese momento gracias a la influencia del modelo psicodinámico, propuso que los problemas derivados del autismo eran el resultado de una dificultad para aprender. Este hallazgo fue el precursor de un continuo de investigaciones desde el Análisis conductual. El autor más representativo fue Lovaas y sus colegas quienes a principios de 1973 publicaron un exhaustivo estudio, que demostraba que el ABA, era efectivo para el tratamiento de múltiples comportamientos con diversos niños.

De manera puntual, el programa ABA se caracteriza principalmente por realizar intervención mediante trabajo personalizado, integración a educación formal con niños sin dificultades adaptativas, terapia en ambiente natural, enseñanza de habilidades y actividades funcionales, alta intensidad horaria, manejo de las dificultades en todas las áreas del desarrollo y asesoría a padres, familiares y personas cercanas al niño respecto de su

desarrollo y manejo. Esto constituye un enfoque integrador que redundará en beneficios tanto para el niño como para su familia.

La terapia en un ambiente natural es una de sus estrategias básicas y consiste en aplicar el programa de forma sistemática y estructurada en contextos donde el niño convive normalmente y así enseñarle conductas que realmente va a realizar y a necesitar; esto facilita la generalización, es decir que realice las actividades aprendidas en diferentes lugares y momentos (Pedreira, 2002).

De igual forma, Lovaas (1993) afirmó que la intensidad horaria y el inicio temprano de la terapia es una característica esencial de la efectividad del programa. Si el niño recibe como mínimo cuatro horas diarias de lunes a viernes, se tendrán oportunidades de aprendizaje con calidad en todas las áreas de desarrollo la mayor parte del tiempo en el que el niño está despierto incluyendo tiempo libre, juego, deportes, rutinas diarias y en fin todas aquellas actividades encaminadas al desarrollo integral del niño. Por último las asesorías y talleres diseñados para los padres, familiares y personas que de una u otra forma están involucradas con el niño, se establecen dependiendo de las necesidades del pequeño y su familia, con el fin de enriquecer la terapia con el apoyo de los familiares quienes continuarán con los procedimientos en los momentos en los que el terapeuta no esté presente.

De esta manera, Cabezas (2002) menciona un programa estructurado de tratamiento, basado en la teoría del reforzamiento, por medio del cual, se busca cambiar la conducta de los niños con autismo utilizando reforzadores primarios y sociales, contingentes a la emisión de la conducta deseada para moldearla. En general, se indica el hecho de que el programa de tratamiento, estará siempre dirigido a desarrollar al máximo las potencialidades del niño, aspecto que no podrá ser llevado a cabo sin la implicación de técnicas específicas en el campo médico, educativo, psicológico, social y neuropsicopedagógico para lograr una rehabilitación integral. Además, Garza (2000), enfatiza la constancia como un punto clave e indispensable para la adquisición de nuevas habilidades en el niño. La programación establecida debe seguirse de forma continua, tanto en casa por lo padres como en el colegio, por los docentes. La terapia conductual debe ser 7 días a la semana 365 días al año. Además, la disciplina que se recomienda, marca la pauta de que se debe tener estricto apego a la aplicación de los programas y procedimientos establecidos para la terapia, sin

variaciones. De la rigurosidad en la aplicación de los reforzadores y otros instrumentos de índole conductual, dependen en gran medida los avances en el desarrollo del niño.

Siguiendo a Garza (2000), para la planeación de la terapia conductual, existen cuatro métodos generales de manejo que se deben aplicar: 1. Anticipación: en la que se debe tener en cuenta la anticipación a las necesidades e intereses del niño, por lo que el terapeuta deberá tener conocimientos sobre crecimiento y desarrollo, para ser capaz de prever sus necesidades y de esta manera, evitar conductas problema. 2. Desviación: es oportuno llevar algún elemento o actividad agradable para el niño, en el momento en que la conducta inadecuada va a presentarse. 3. Sustitución: es dirigir la atención del niño de una actividad a otra agradable cuando esté realizando otra actividad diferente a la solicitada o una conducta inadecuada. 4. Restricción: Es el proceso de establecer límites a la conducta de manera que no se dañe físicamente y que no agrede a otros. Consiste en sujetar al niño e inmovilizarlo hasta que se calme o llevarlo a un área en que sea imposible que realice la conducta blanco.

Por otra parte, Rodríguez (1995) resalta que una de las técnicas conductuales más innovadoras de extinción llamada “sobrecorrección” resulta muy eficaz a la hora de intervenir en TGD ya que logra eliminar aquellas conductas no deseadas presentes en estos cuadros clínicos y que constituyen, en última instancia, el propósito fundamental al emplear el enfoque ABA (además de que pretende lograr una mejor adaptación al medio generando comportamientos funcionales). Este autor menciona que existen algunas formas básicas de extinción que son la *sobrecorrección restitucional*, la cual implica que a la persona se le exige realizar una restitución de su conducta inapropiada corrigiendo la situación y restaurando el ambiente; la *sobrecorrección por práctica positiva* cuyo énfasis se sitúa en la práctica extensiva de conductas positivas, que son físicamente incompatibles con la conducta inapropiada. Este tipo es el utilizado con éxito para la supresión de conductas autoestimulatorias y se denomina también ‘reversión autística’. El *refuerzo – interrupción* que es una variación de la anterior y se utiliza para eliminar la aversividad de la ayuda manual de la sobrecorrección postural. Consiste en pedirle al niño, mientras está sentado, que descansa las manos sobre su regazo o sobre la mesa durante 2 minutos. Esta postura exigida es prácticamente incompatible con los movimientos de brazos, dedos, manos y

cuerpo y la acción de llevarse cosas o parte del cuerpo a la boca. La aversividad de este método debe ser ínfima, ya que el esfuerzo y la ayuda natural requeridos son mínimos.

Ventajas y desventajas: Como ventajas fundamentales al implementar el programa ABA en niños(as) con TGD se menciona el logro de la extinción de la conducta desadaptativa, de las autoagresiones y las estereotipias y el incremento de aquellas que se encuentran deficitarias (interacción social, lenguaje y comunicación) ya que busca siempre que el niño logre funcionar en el contexto en que se encuentra de la manera más tranquila posible y además, su aplicabilidad generalizada en los diferentes niveles de autismo, no solamente en los de buena evolución como sucede en otros enfoques de intervención. Así, en general el aplicar sistemáticamente un conjunto de programas estructurados para desarrollar y aumentar la atención, el seguimiento de órdenes e imitación, y las conductas necesarias para la adquisición de cualquier aprendizaje posterior, permite un desarrollo y funcionamiento más equilibrado en el niño. Además a medida que avanza la intervención con ABA, se trabaja en el desarrollo de habilidades motrices, sociales y de juego, comunicación, académicas y en el logro de la generalización aprendida a otros ámbitos lo cual tiene lugar debido a la gran estructuración que este programa implica (Powers, 1999).

Para Matos y Mustaca (2005) existen desventajas de emplear ABA en niños(as) con dificultades adaptativas ya que exaltan las características de excesiva rigidez y distanciamiento emocional que este enfoque conlleva además de mencionar que el usar técnicas que impliquen el castigo en todas sus modalidades puede resultar contraproducente ya que, aunque se disminuyen ciertas conductas, surgen de manera peligrosa otras no deseables, como ansiedad y temor hacia la persona que lo aplica. Los enfoques humanistas mencionan por su parte que las técnicas conductuales son frías e impersonales y que llevan a los niños a niveles bajos en la escala filogenética en cuanto a las formas de aprendizaje.

Enfoque cognitivo-conductual

Artigas y cols (2006) consideran más allá de la terapia conductual, la *Terapia cognitivo - conductual* como un enfoque psicoterapéutico que combina el papel que desempeñan los pensamientos y las actitudes en las motivaciones y en la conducta, con los principios de

modificación de conducta (análisis funcional, refuerzo contingente, extinción, etc.). Se define como el “Conjunto de técnicas basadas en los principios de La Psicología Cognitiva y la Psicología Comportamental. Su tesis principal es que el pensamiento o los modos de pensar, intervienen en nuestras emociones, sentimientos y comportamientos” por lo que su principal objetivo consiste en modificar todos aquellos pensamientos y conductas que restringen la vida del paciente, así la intención de toda técnica cognitiva-conductual es modificar los patrones de pensamiento para así modificar las emociones, los sentimientos y los comportamientos (Colina, s.f). “En primer lugar, se identifican las distorsiones del pensamiento, las percepciones erróneas, las creencias irracionales, las conductas, emociones y estados fisiológicos no adaptativos, para aplicar después de manera conjunta principios de modificación de conducta y técnicas de reestructuración cognitiva” (p. 430). Cabe aclarar que los autores resaltan que se utiliza en personas con funcionamiento alto y trastorno de Asperger y que no existen evidencias sistemáticas de eficacias o daño en su utilización hasta el momento.

Así, y partiendo de la base histórica del Análisis Experimental de la Conducta (ABA) el cual regía en los años 60's y 70's, surge un enfoque relacionado que implicó los estados emocionales y las percepciones cognitivas en la explicación dada a la conducta de los individuos. De esta forma, se destaca el nacimiento de estrategias como la desensibilización sistemática, planteada por Wolpe en 1969 como eficaz en el tratamiento de los trastornos emocionales y afectivos y la técnica de imágenes emotivas en 1970 con Lazarus como principal exponente, las cuales evidenciaron la necesidad creciente de ahondar en el análisis cognoscitivo para determinar la causa de distorsiones evidentes en el procesamiento que conducían a analizar de forma alterada las diferentes situaciones cotidianas (Olivares y Mendez, 1998).

Sin embargo, el enfoque cognitivo-conductual cobró importancia a partir de Albert Ellis quien en 1977 planteó la Terapia Racional Emotiva (TRE) junto con Meichenbaum y la terapia en autoinstrucciones donde era resaltada la necesidad de modificar la estructura cognitiva interna en cada persona para generar pensamientos funcionales y por consiguiente, conductas adaptativas. Así, mencionan una serie de estrategias puntuales de reestructuración y de orientación que al dirigirse directamente a las ideas irracionales que mantienen una problemática emocional en el individuo, buscan su reelaboración y la organización de las percepciones en pensamientos automáticos. En la década de los 80

surgen una larga serie de artículos relacionados directamente con estrategias cognitivo-conductuales que permitieron fortalecer en énfasis progresivo que se le daba a la implicación del pensamiento en la conducta, para, en los 90, llevarse a cabo la agrupación de aquellos modelos que tienen en común el análisis y manejo de las representaciones

mentales del mundo que cobran distintas denominaciones (creencias, estructuras cognitivas, esquemas, etc.) y según los cuales los problemas psicológicos surgen de errores en el procesamiento de la información de manera que el cambio psicológico viene mediado por el cambio cognitivo que se lleva a cabo mediante reestructuración cognoscitiva, afrontamiento a las situaciones y solución de problemas (Olivares y col, 1998).

De esta forma, es evidente que la terapia cognitivo-conductual ha sido diseñada y perfeccionada a lo largo de las décadas y se ha mostrado efectiva para modificar la forma en que la persona piensa y responde a sentimientos de ansiedad, tristeza e ira. La terapia cognitivo-conductual se nutre de un amplio espectro de disciplinas científicas relacionadas las cuales se pueden englobar bajo el título de "Ciencias del Comportamiento". Entre ellas cuenta la biología, la neurofisiología, la farmacología, la sociología, la estadística. De este modo, desde los mismos fundamentos epistemológicos del enfoque, la terapia cognitivo conductual se diferencia de otras formas de intervención clínica por el hecho de no constituir una teoría propuesta por uno o varios autores; contrariamente, su característica más definitoria es ser un marco metodológico científico donde se conjuga el aporte de varias disciplinas avocadas al estudio del comportamiento y se congrega el trabajo de miles de investigadores que en los cinco continentes conforman la comunidad científica internacional; cabe destacar que la terapia cognitivo-conductual se centra en los problemas actuales del paciente, se ocupa de sus síntomas, es un enfoque pragmático. El objetivo principal de la intervención consiste en que los problemas por los cuales la persona asiste a consulta dejen de existir, es decir, apunta deliberadamente a la desaparición de los síntomas (Rivadeneira, 1990).

El programa de tratamiento se focaliza en aspectos de distorsión cognitiva en términos de pensamiento disfuncional y asunciones incorrectas por lo que tiene una aplicabilidad directa para pacientes con síndrome de Asperger de los cuales se sabe, tienen déficit y distorsiones de pensamiento.

Puntualmente la terapia en Asperger y autismo de alto funcionamiento tiene varios componentes siendo el primero una evaluación de la naturaleza y grado de déficit que presente el niño, usando escalas de autoinforme y entrevista clínica. El siguiente paso es la educación afectiva en la que se discute y se practican ejercicios para la conexión entre

pensamientos – sentimientos y conducta (algo sumamente difícil en niños con Síndrome de Asperger), y la forma en que los niños conceptualizan las emociones e interpretan diversas situaciones. Es importante resaltar que en un niño(a) con este cuadro clínico, la educación afectiva se inicia empleando una emoción positiva simple para aprender primero las técnicas para medir el estado de ánimo en él mismo y para ello se puede emplear un libro de ilustraciones que reflejen la emoción trabajada y que sirvan de estímulos personales los cuales serán usados, con posterioridad a manera de diario.

Se menciona que, de acuerdo a Olivares y cols. (1998), la identificación de señales en la expresión facial de otra persona, el lenguaje corporal y el tono de voz pueden requerir un tiempo prolongado en su entrenamiento en niños con TGD, ya que con frecuencia tienden a no identificar las señales relevantes o a malinterpretar las existentes, lo que genera falsas presunciones sobre las intenciones de los demás; una técnica útil es animarlo a que se vea a sí mismo como detective o científico buscando pistas o datos antes de sacar cualquier tipo de conclusión sobre sus propias teorías y, posteriormente, se enseñarán las habilidades sobre el razonamiento social. Esto implicaría la enseñanza del código social, de resolución de conflictos y de las habilidades para hacer amigos. Este último aspecto teniendo en cuenta que, una de las principales causas de depresión en personas con Síndrome de Asperger es precisamente el fuerte deseo que poseen de tener amigos, mientras reconocen sus considerables dificultades para conseguir y conservar amistades. Las actividades posteriores consisten en reestructuración cognoscitiva, control del estrés, autorreflexión y esquema de actividades para practicar las nuevas habilidades cognitivas.

Siguiendo a Olivares y Cols (1998), la reestructuración cognitiva en Asperger busca corregir las conceptualizaciones distorsionadas y las creencias disfuncionales por lo que se anima al niño a revisar las evidencias a favor y en contra de sus pensamientos y a construir una nueva percepción sobre sucesos específicos. Se debe tener presente que las personas afectadas con este cuadro clínico tienden a interpretar de forma literal los comentarios de los demás por lo que cualquier verbalización puede ser tomada fuera de contexto o de forma exagerada, por lo que el terapeuta anima al paciente a ser más flexible en su

pensamiento y a buscar aclaraciones utilizando comentarios de “rescate” tales como “no comprendo lo que estas diciendo”, los cuales también se utilizan cuando se malinterpretan las intenciones de los demás. También se han empleado los programas para control del estrés y la relajación programada, los cuales se usan para promover respuestas

incompatibles con la ansiedad y la ira, muy presentes en los niños(as) con Síndrome de Asperger.

Por lo anterior, se resalta que este enfoque se dirige directamente al aspecto emocional – afectivo en Asperger buscando disminuir las conductas poco funcionales propias de la patología (inflexibilidad, rigidez y baja tolerancia al cambio) e incrementar básicamente, las habilidades sociales siendo esto su propósito fundamental (Olivares y cols, 1998).

Ventajas y desventajas: De acuerdo a lo descrito, las ventajas del enfoque cognitivo – conductual en niños con Asperger implican una cierta intromisión que se realiza en su esquema de pensamiento lo cual es diferente en otros modelos que fundamentan su intervención exclusivamente en las conductas claramente observable y cuantificables. Además, teniendo en cuenta que se apoya en 4 pilares teóricos básicos (modificación de conducta, condicionamiento operante, aprendizaje social y enfoque cognitivo), se dirige a la diversidad de síntomas y de comportamientos que interfieren con la adaptación al medio favoreciéndose la generalización a los diferentes contextos y perdurando de manera notable en el tiempo (Olivares y cols, 1998), habilidades que son el objeto directo de la intervención en este grupo de niños. De igual forma, los autores referidos exaltan que el indagar por los aspectos más profundos y complejos de cada individuo, deja al descubierto los efectos mantenedores que estos presentan sobre las reacciones disfuncionales en Asperger y al atender directamente las alteraciones emocionales tan frecuentes en esta población, fortalecen al niño en el afrontamiento de las dificultades futuras, principalmente en cuanto a la interacción social.

Sin embargo, han sido identificadas algunas desventajas como la limitación en cuanto a la población objetivo. Así, la terapia cognitivo conductual en TGD se dirige en exclusiva a aquellos niños con autismo de alto funcionamiento y en especial con Síndrome de Asperger, no permitiendo el abordaje, bajo este modelo, de otros grupos del espectro autista como Autismo moderado a profundo, Síndrome de Rett y Trastorno Desintegrativo Infantil debido a que el fundamento de la misma son las cogniciones, no abordables en los

cuadros mencionados en razón a la dificultad intrínseca en abstracción, simbolización y conceptualización que poseen, además de la posibilidad de un déficit cognitivo subyacente.

Así mismo, se pueden presentar dificultades, bajo este modelo, con los aspectos pragmáticos del lenguaje, especialmente con los turnos que se establecen a la hora de conversar, cuando y cómo interrumpir y, por lo que, a diferencia de otros tipos de trastornos, los Asperger requerirán mucho más tiempo para procesar cognitivamente explicaciones y nuevas estrategias.

Enfoque cognitivo

Teoría de la mente de Baron-Cohen: Belinchón, Rosa, Sotillo y Marichalar (2002) para definir la teoría de la mente mencionan que hay dos criterios fundamentales: “que el organismo tiene que ser capaz de tener creencias sobre las creencias de los otros, distinguiéndolas de las propias y por otra parte, debe ser capaz de hacer o predecir algo en función de esas creencias atribuidas y diferenciadas del propio sujeto” (p. 11).

Carruthers y Smith (1996) citados por Rivière (1997), sitúan como punto de partida de los trabajos de los psicólogos del desarrollo acerca de la teoría de la mente y el conocido texto de primatología de Premack y Woodruff (1978), donde se plantea el interrogante acerca de si los chimpancés tienen una teoría de la mente. Así, Premack y Woodruff, realizaron un estudio con una chimpancé llamada Sarah, el cual tuvo como consecuencia iniciar los trabajos sobre el concepto de teoría de la mente, para explicar la capacidad de comprender un estado mental de otro organismo, tal como el de “percibir un problema” e “intentar resolverlo” concepto que luego acuña Alan Leslie (1987) citado por Valdez (2001) quién plantea que la teoría de la mente es un sistema para inferir el rango completo de estados mentales a partir de la conducta. Esto incluye un conjunto de estados mentales epistémicos, tales como simular, pensar, creer, engañar, conocer, soñar, imaginar y adivinar, y luego relacionar todos los estados mentales con las acciones para construir una teoría consistente y útil (Cohen 1995, en Valdez 2001). Tales investigaciones permiten vislumbrar lo que posteriormente sería concebido como un enfoque con fundamentos teóricos propios, ya que numerosas investigaciones dan cuenta del déficit de competencias mentalistas en personas

con alteraciones en teoría de la mente como se plantea, desde el inicio, en el caso del autismo y otros Trastornos Generalizados del Desarrollo.

Así, desde los planteamientos de Leo Kanner en 1943, en las últimas décadas, revisiones de las pruebas de teoría de la mente utilizadas en diferentes investigaciones comparan

poblaciones de sujetos con desarrollo normal y sujetos con trastorno autista. Happé y Frith (1995) y Cohen (2000) mencionan estudios relevantes desde 1985 hasta 1998 entre los que mencionan la evolución del concepto iniciándose con la identificación de que la mayor parte de los sujetos con autismo fallan en la prueba de falsa creencia de primer orden. Posteriormente, en 1987, fue señalado que los niños con autismo muestran problemas selectivos en el ordenamiento de historietas "intencionales" y que estos tienen tantas dificultades para reconocer "falsos" deseos como falsas creencias. En 1988, Leslie y Frith muestran que los niños con autismo comprenden el "ver", pero no el saber o el creer y en 1991, Cohen indica que los niños con autismo fallan en la distinción entidades mentales Vs. entidades físicas, apariencia Vs. realidad y en distinguir las funciones mentales del cerebro.

De manera continua, en 1994 se empezó a utilizar una técnica de comprensión de historias con lenguaje figurado. Esta prueba detecta fallas en competencias mentalistas en sujetos con autismo de alto funcionamiento (y la resuelven los niños con desarrollo normal a los ocho años) y de forma reciente, Baron-Cohen (2000) menciona los déficit comunicativos de los niños con trastornos del espectro autista, en relación con la teoría de la mente: Falta de sensibilidad hacia los sentimientos de otras personas, incapacidad para tener en cuenta lo que otra persona sabe, incapacidad para hacerse amigos "leyendo" y respondiendo a intenciones, incapacidad para "leer" el nivel de interés del oyente por la conversación, incapacidad de detectar el sentido figurado de la frase de un hablante, incapacidad para anticipar lo que otra persona podría pensar de las propias acciones, incapacidad para comprender malentendidos, incapacidad para engañar o comprender el engaño, incapacidad para comprender las razones que subyacen a las acciones de las personas, incapacidad para comprender reglas no escritas o convenciones.

Baron-Cohen (2000) habla de las técnicas de entrenamiento usadas para enseñar la "teoría de la mente" a niños con autismo. El autor menciona la eficacia del entrenamiento a través de asociaciones visuales, que consigue habilidades importantes comprometidas en este tipo de trastornos, como la inferencia de estados mentales, siendo éste el propósito fundamental en la intervención. Así, se afirma que los niños pueden aprender a inferir reglas de estados

mentales y a pasar de las tareas puramente entrenadas a generalizar en otras actividades en dónde no se les ha entrenado, lo cual les trae beneficios en aspectos de su interacción social (p. 453). Así mismo, menciona que la capacidad de recordar hechos tal como fueron experimentados y tener la capacidad de “imaginar el futuro”, es una característica

fundamental que debe tenerse en cuenta al hablar de autismo, ya que, la capacidad para proyectarse en el tiempo, requiere una habilidad para manejar mentalmente hechos, situaciones o consecuencias que no han ocurrido en el momento presente y por lo tanto no han podido ser percibidas por los sentidos, lo cual es fundamental para el desarrollo de la teoría de la mente y de las funciones ejecutivas, ambas consistentemente alteradas en los TGD (Baron, 1995; Perner, 1991; Frith, 1989; Hobson, 1994; Pennington y Ozonoff, 1996; Russell, 1997, citados por Simarro V, 2006).

De igual forma, la teoría de la mente implica habilidades de los seres humanos para percibir y comprender la conducta de los demás unidas al manejo de verbos de referencia “mentalista” como creer, pensar, desear, etc., que poseen unas características específicas como por ejemplo no ser percibidos a través de los sentidos, ser acciones que no son observables sino que deben ser deducidas; se ha desarrollado con mayor profundidad la teoría de la actividad mentalista, en la que se identifican ciertas dificultades en su adquisición en niños con cuadros del espectro autista, ya que al parecer, existiría una relación estrecha entre la capacidad de mentalizar y el juego simbólico, el cual se ve disminuido en pacientes con estos cuadros (Simarro , 2006)

Las Funciones Ejecutivas definidas como una serie de trastornos en la iniciativa, la motivación, la formulación de metas y planes de acción y el autocontrol de la conducta, vinculadas al funcionamiento de los lóbulos frontales, son usualmente relacionadas con los trastornos del espectro autista. De tal manera que dentro de las funciones ejecutivas y su relación con TGD, es importante tener en cuenta conceptos como la autodeterminación que implica a su vez procesos de autocontrol, automonitorización, autoevaluación y autorrefuerzo, así como, el establecimiento de metas y conductas de logro, conductas de resolución de problemas, estrategias de aprendizaje y flexibilidad de pensamiento. En los niños que presentan cuadros del espectro autista existen alteraciones en las funciones ejecutivas relacionadas con la capacidad de llevar a cabo estos comportamientos relacionados con la autodeterminación (Vargas, 2004).

Algunos aspectos de la función ejecutiva que presentan alteración en el autismo tienen relación con la planificación estratégica de alto nivel, planificación motora a bajo nivel, alternancia entre categorías, alternancia de la atención visual, generación de acciones nuevas y aleatorias, mantenimiento de una regla en la memoria de trabajo a la vez que se inhibe una respuesta prepotente, monitorización del feedback negativo, memoria de trabajo, monitorización del resultado visible de las acciones, discriminación de las propias acciones frente a las de los demás en el recuerdo. Por lo cual, el trabajo de intervención en funciones ejecutivas en casos de niños con TGD se encuentra esencialmente dirigido a estos elementos. Según Russell (2002) “quizás la razón para que los niños con autismo fallen de manera tan dramática en las tareas de teoría de la mente es que se encuentran con el problema conjunto de mentalizar y de las demandas en funciones ejecutivas”.

Ventajas y desventajas: Para Artigas y cols (2006) “Existen pequeños estudios –muy diversos entre sí– que sugieren como ventaja la eficacia relativa de estas técnicas, al actuar directamente sobre la comunicación y la interacción para potenciarlas. Subrayan como desventaja que el aprendizaje de habilidades mentalistas no implica ni el desarrollo de otras capacidades ni la generalización a otros contextos sociales” (p. 429). La ventaja principal de trabajar funciones ejecutivas en los niños con TGD es que permite la elaboración de estrategias para resolución de problemas teniendo en cuenta las capacidades propias, el incremento de memoria de trabajo partiendo de una rutina diaria, la planificación y anticipación gracias a ejercicios mentales y espaciales lo cual ha evidenciado éxito a través del tiempo. Sin embargo, la desventaja que se puede presentar es un efecto secundario a los ejercicios que se realicen con los niños con TGD, ya que pueden ser generadores de ansiedad, crisis o de un comportamiento agresivo por la impotencia a la hora de realizarlos, lo que formaría un malestar en el niño y su familia.

Teoría De La Intersubjetividad: Peter Hobson plantea la teoría de la intersubjetividad en la que señala que el déficit de las personas con autismo no es cognitivo, como en el caso de la teoría de la mente, sino afectivo. Sostiene que el déficit mentalista es una consecuencia de una incapacidad innata para interactuar emocionalmente con los demás, ideas que desarrolló a partir de otras investigaciones, desde las primeras etapas de estudio de los trastornos del espectro Autista en 1943 hasta 1963, entre los que se destacan Kanner, Szurek, Tustin, Reisen, Rutter, entre otros.

Así, Hobson, de acuerdo con los experimentos sobre reconocimiento de emociones, sugirió que la ausencia de una teoría de la mente en Autismo es el resultado de un déficit más básico, un déficit emocional primario en la relación interpersonal; el problema del Autismo no está causado por una inhabilidad para acceder a las metarrepresentaciones; dicha

incapacidad es considerada por este autor como una consecuencia importante, aunque secundaria. Un déficit emocional primario podría provocar que el niño no recibiera las experiencias sociales necesarias en la infancia y la niñez para desarrollar las estructuras cognitivas de la comprensión social. La empatía es un mecanismo psicológico a través del cual el bebé se vincula con los padres, el contacto empático no está mediado por representaciones y a través de la empatía, el bebé percibe actitudes en las personas a las que más tarde atribuirá estados mentales. El reconocimiento de las actitudes de los otros y el desarrollo de la imitación posibilitan el acceso a la mente del otro.

De igual manera, Hobson (1995), considera que la experiencia de relación personal, es el punto de partida del desarrollo social que lleva a que el niño adquiera conceptos acerca de los sentimientos, las intenciones, los pensamientos y las creencias de las personas. Este mismo autor considera que los niños autistas carecen de algún aspecto esencial de esa dotación biológica que permite que se produzca la coordinación intersubjetiva con otras personas.

La sociabilidad deficiente puede variar desde un completo desinterés por otras personas que son ignoradas o tratadas como objetos, hasta un modo intrusivo de repetición de preguntas en un intento de mantener la interacción social. Los niños pueden ser distantes y evadir las miradas o entrometerse en el espacio de otros, acercándose demasiado, tocando, besando u oliendo inapropiadamente. Por lo general prefieren a los adultos antes que a otros niños. Posiblemente ello sea consecuencia de que aquellos son más tolerantes con los comportamientos autistas (Hobson, 1995).

Mejía y González (2006) mencionan que la enseñanza sistemática en un entorno ordenado es más eficaz que los enfoques permisivos y más libres. Los ambientes ordenados aumentan las posibilidades de aprendizaje, disminuyen el aislamiento y las estereotipias. El objetivo de los programas de intervención social en autismo infantil es estructurar y fomentar interacciones, de manera que sean recíprocas y sociales en vez de solitarias. La intervención se dirige entonces a las pautas de interacción, la construcción de programas

específicos diseñados para que el niño aprenda a desarrollar índices en situaciones de relación, a coordinar esquemas de interacción entre sí y con esquemas de acción, a anticipar procesos interactivos y, desde luego, a preferir a las personas y armonizar sus respuestas con las de ellos (Mejía y González, 2006).

Ventajas y Desventajas: Aunque los síntomas en este cuadro clínico originan unas discapacidades persistentes y fundamentales para la implantación de cualquier nuevo aprendizaje, este tipo de abordaje terapéutico ha sido uno de los menos estudiados, siendo esto una gran desventaja del modelo. Según Mejía y González (2006), existen dos poderosas razones para este desconocimiento y también para situar exactamente la importancia de esta área terapéutica: en primer lugar, los autistas no son un grupo homogéneo, ni en cuanto a resultados, ni por sintomatología presente. Aunque todos tienen alteraciones sociales, éstas varían de un niño a otro y su evaluación es importante de cara al pronóstico. Factores como edad, inteligencia no verbal, nivel lingüístico, presencia o ausencia de déficit cognitivo, etc., mediatizan los resultados en conducta social. En segundo lugar, es bien conocido por aquellos que trabajan con niños autistas, como la mayor parte de las técnicas terapéuticas de modificación de conducta, lúdicas, logopédicas, etc., requieren una adecuación especial a esos niños. El problema para los niños autistas reside, por un lado, en su falta de acercamiento social, y por el otro, en su falta de respuesta a las iniciativas de los demás hacia ellos por lo cual, el propósito de este punto de vista se sitúa básicamente en estos elementos. Sin embargo, como parte de sus ventajas, se tiene que, hay evidencia de que la estructuración activa de experiencias sociales puede llevar a una mejora significativa en las interacciones sociales de los niños autistas.

Teoría de la coherencia central: La cognición es el proceso de conocer e incluye el pensamiento, el aprendizaje, la memoria y la imaginación. Un campo entero de la psicología cognitiva ha surgido desde los años 50, y la información desde este campo está siendo ahora aplicada para ayudar a entender los TGD. Uno de los más importantes avances que se ha producido con la presentación de la Teoría de la Coherencia Central, se hace partiendo de los estudios e investigaciones realizados por Utah Frith (1989) quien sostiene que tanto las capacidades como las deficiencias y alteraciones que se observan en el autismo se deben a una única causa cognitiva: la falta o debilidad de coherencia central en el procesamiento de la información. En el caso del autismo está alterada una característica

universal del procesamiento normal de la información que consiste en integrar o conectar las diversas informaciones para elaborar significados de más alto nivel.

Esta teoría nace en Inglaterra y se viene desarrollando desde 1999 con los postulados de su libro "Autismo hacia una explicación del enigma" en ese año. El último libro publicado por ella es "Cómo aprende el cerebro las claves de la educación" publicado en 2006. Es una

teoría en desarrollo, lo cual puede ser una de sus desventajas. Así, Frith (1989) y Happé (2002) han sugerido que el "esfuerzo por dar sentido", es relativamente bajo en el autismo, causando una tendencia a procesar la información por piezas, más que en contexto. De hecho ya Leo Kanner consideró como un rasgo universal del autismo: *"la incapacidad para experimentar totalidades sin tener en cuenta las partes constituyentes"*. La hipótesis de la coherencia central propone una anomalía cognitiva que influye en un rango bien amplio de funciones psicológicas, desde las lingüísticas hasta las sociales y perceptuales. Estos autores proponen que normalmente los humanos muestran una fuerte tendencia a interpretar los estímulos de una forma relativamente "global", tomando en cuenta el contexto y que, probablemente este predominio podría aparecer en los primeros meses de vida. Esta es la forma en la que se construyen los significados de la información siempre diversa y compleja, y explican que se tiende a recordar aquellos eventos globales, más que los detalles precisos. Por tanto, se sugiere que los niños autistas son buenos para prestar atención a los detalles, pero no para integrar información de una serie de fuentes. Se cree que esta característica puede afectar el procesamiento rápido de la información, y tal vez se deba a deficiencias en la conectividad de diferentes partes del cerebro.

Con base en esta teoría, Frith (1989) predijo que las personas con autismo serían relativamente buenas en aquellas tareas en las que se primaba la atención en la información local (procesamiento relativamente fragmentario), pero que lo harían mal en tareas que requiriesen el reconocimiento del sentido global. Un ejemplo interesante es el procesamiento de caras, tarea que parece implicar dos tipos de procesamiento, el de los rasgos y el del conjunto. Y aunque inicialmente las personas autistas parecen no presentar problemas para procesar rasgos, esta facilidad puede desaparecer cuando se trata de reconocer la expresión emocional de la cara, ya que aquí es necesario un procesamiento de conjunto; esto hace que las personas con Autismo tengan dificultades relativamente importantes para reconocer las emociones.

Ventajas y Desventajas: En el desarrollo de la Teoría de la Coherencia Central, las investigaciones y las evidencias empíricas demostraron que las personas autistas presentaban un doble rasgo: por un lado, las capacidades que el hecho de percibir de manera notable las partes sobre el todo les confería y por otro, los déficits, pues aunque esta teoría otorga ventajas significativas en aquellas tareas en las cuales es útil un procesamiento preferente de las partes sobre el todo, la misma teoría supone desventajas

considerables en las tareas que consisten en la interpretación de estímulos individuales en función del contexto y del significado global.

Enfoque Psicodinámico

El enfoque psicoanalítico se utiliza para ayudar a un paciente a afrontar o expresar conflictos inconscientes o conscientes que subyacen a un trastorno mental. Fue uno de los primeros abordajes para la atención terapéutica del autismo. Privilegia la relación terapeuta-paciente con la adecuada interpretación de los conceptos de transferencia y resistencia; terapeuta y paciente desarrollan una relación prolongada e intensa, en la que se recrean o analizan los supuestos conflictos y se buscan maneras de superar las perjudiciales 'defensas' psicológicas presentes en la persona. En el autismo se parte de una interpretación del trastorno como reacción psicológica defensiva del niño(a) sano frente a progenitores patológicos. Así, desde el psicoanálisis se considera al autismo como una forma extrema de esquizofrenia infantil. Para Muntaner (2000): "La existencia de los trastornos de comunicación de retirada al mundo propio supone la base de las teorías psicoanalíticas. Según estas teorías, la causa del autismo sería la vivencia conflictiva del llamado "drama de la separación". El niño necesita la presencia total y constante de la madre para así, cuando ésta le abandona se produce la pérdida del objeto del amor del niño, por lo que se refugiaría en etapas anteriores de su evolución, centrándose en la llamada etapa an - objetal, en la cual se producen de forma natural las conductas típicas del autismo" (p. 136 – 137).

Dentro de los principales exponentes de este enfoque se pueden encontrar a Kraepelin, Bleuler y Bender, los cuales discutieron acerca de la diferenciación de psicosis y esquizofrenia y conceptualizaron respecto a las características de éstas. Por otra parte, Mahler, separa estos conceptos anteriores y refiere su conceptualización del lado de deficiencias en el apego y Melanie Klein, quien extiende el concepto anterior a la estructura deficitaria de la primera infancia.

Otros teóricos del tema, como Otto Fenichel, se centran más en el desarrollo yoico y no tanto en una actualización posterior de las fijaciones patógenas. Jacques Lacan con quien se inicia otro momento de esta teoría, donde se fundamenta la emergencia del sujeto a partir del significante. Dice Lacan citado por (Lewis, 1991): "Son necesarios muchos estragos cometidos por el significante para que la realidad entre en cuestión". "Esos estragos hay que asirlos muy atemperados en el status del fantasma..." (p. 156). "Para obtener un niño

psicótico hace falta por lo menos el trabajo de dos generaciones, ya que él mismo es el fruto en la tercera".

Kanner confirmó que en muchos casos no se trata de que sea sordo, mudo, débil mental o retrasado. Por el contrario, presenta muy tempranamente, casi desde los primeros días de vida, una sensibilidad peculiar para el lenguaje paterno, cuyo efecto es una tenaz oposición, un negativismo persistente en el nivel mismo del lenguaje. Se produce tanto en relación a las palabras, como hacia el vínculo de amor y las caricias paternas. También se produce este efecto en relación a los juguetes y la comida ofrecida (Levin, 1994).

Muntaner (2000) habla acerca del propósito fundamental del tratamiento psicoanalítico del niño autista. Para este autor, consiste en el establecimiento de una relación comunicativa con el terapeuta, en la que el niño logre estructurar, fortalecer y desarrollar su Yo, logre superar esta etapa de su evolución en la que se refugiaba.

Otro aspecto fundamental del tratamiento psicoanalítico es saber si el niño autista ha adquirido la función simbólica, es decir la representación mental que se expresa en el lenguaje o en el juego. Para el mismo autor, hay diferentes categorizaciones respecto a esta idea. Así, el caso del Autismo primario (el niño no ha superado la etapa an – objetal, se ha quedado detenido en ella) no existe la función simbólica. La terapia ha de enfocarse en crearla y sacar al niño de este estancamiento evolutivo en el que se encuentra. El tratamiento psicoanalítico se realiza, en estos casos, por medio del llamado "Maternaje terapéutico. Esta técnica de tratamiento trata de reestablecer la relación madre-hijo como Único medio para que el niño alcance la "relación objetal". Para ello, el terapeuta debe proporcionar al niño el afecto materno del que se ha visto privado, y este terapeuta debe suplantar de una forma simbólica a la madre para recrear completamente la relación madre-hijo. El caso del autismo secundario (el niño ha superado la etapa an - objetal, pero sufre una regresión que le lleva a un cuadro autista con la desintegración de sus relaciones con el exterior). El tratamiento de estos niños dependerá del mantenimiento de la función simbólica: si esta función se desintegra el tratamiento será por maternaje; si esta función se

mantiene -principalmente el lenguaje- el tratamiento psicoanalítico empleará la vía de la interpretación, que le es propia.

El tratamiento psicoanalítico incluye una atención en tres aspectos básicos:

- Psicoterapia del niño que actúe modificando las imágenes internas y las relaciones objetales, reestructurando lo disociado y modificando las técnicas defensivas hasta

conducirlo a nuevos estados de equilibrio que posibiliten su relación con el mundo exterior.

- La Terapia familiar para ayudar a los padres a comprender a su hijo y en este sentido es útil mencionar la importancia de la Terapia de Apoyo a los padres del niño autista: todo niño con discapacidad es una sorpresa para los progenitores, pero el niño con autismo se constituye en un factor de estrés permanente por sus altas dificultades en la comunicación y en la interacción social. Es necesario adaptar los cambios en la familia con la evolución del niño en su terapia.

- La manipulación ambiental que constituya para el niño un entorno favorable para superar sus síntomas defensivos y establecer una relación que posibilite su desarrollo (p. 137).

Ventajas y Desventajas: Como principal ventaja de este enfoque Levin (1994) menciona el lenguaje ofertado por otro, que es en este caso el terapeuta, que suple una necesidad vital. “De una apuesta a la que el analista ofrece su deseo, cuyo fundamento es la transferencia y el movimiento libidinal hace a las condiciones del tratamiento”.

En contraposición, Ward (2000) defiende el empleo de la terapia estructural psicodinámica y para explicar las ventajas de esta se centra en la estimulación del desarrollo de los procesos del yo que son deficientes. Según el autor, se interrumpe la conducta estereotipada del niño y toda la furia y angustia que resultan de esta interrupción se dirige hacia el terapeuta, quien promueve el juego constructivo, el reconocimiento de las partes del cuerpo, el desarrollo del lenguaje y otras experiencias nuevas (Paluzni, 1987). La psicoterapia de apoyo, como una variedad del enfoque psicodinámico, basa su acción en el fortalecimiento de las defensas de los pacientes y en últimas en ayudar a resolver los problemas y enfrentarse al medio, si bien en el autismo este aspecto se hace difícil con el niño, puede ser muy beneficioso con sus padres.

Desde este enfoque, la terapia se inclina hacia la eliminación de las causas de la enfermedad, lo cual para esta forma de abordaje representa una gran desventaja, ya que, se desconoce la etiología única de este trastorno y de una respuesta que permita tal eliminación (Muntaner, 2000). Al respecto Artigas y cols. (2006) afirman que, esta técnica parte de una interpretación obsoleta del autismo como reacción psicológica defensiva de un niño o niña sana frente a progenitores patológicos, y que, no existen revisiones sistemáticas

sobre este tratamiento, lo que se puede explicar por la falta de adherencia de este marco al método científico. Para estos autores la eficacia de los tratamientos psicoanalíticos es cuestionable y dentro de su investigación concluyen que no recomiendan la terapia psicodinámica como tratamiento de los trastornos del espectro autista y resaltan al planteamiento psicoanalítico del autismo como uno de los mayores errores en la historia de la neuropsiquiatría infantil. Por lo demás, se ha considerado que la terapia psicoanalítica es una de las más extensas en el tiempo, contando con periodos de seis a ocho meses, lo cual favorece la falta de continuidad de la misma, aunque en algunas ocasiones se han usado tratamientos breves en este enfoque.

Enfoque Neurobiológico

Terapias de integración sensorial: La *terapia de integración sensorial* según Artigas y cols (2006), en un principio se consideró para los niños con trastornos específicos del aprendizaje, ya que se veían dificultades para procesar información de diferentes modalidades sensoriales, como táctil, auditiva, vestibular y propioceptiva, con dificultades para integrarla a nivel cerebral. Así se empezó a considerar que las dificultades de los niños con TGD como el malestar que le generan ciertos estímulos, podía ser tratadas con esta terapia y llegar a observarse beneficios desde este punto, además, teniendo en cuenta los déficit que presentan en casi todas las áreas del desarrollo por lo cual es sumamente beneficiosa.

La doctora Jean Ayres, terapeuta ocupacional estadounidense, fue la primera en describir un conjunto de conductas atípicas, relacionadas con un procesamiento sensorial deficiente. Bellefeuille (2006) menciona que: "La teoría de la integración sensorial nos indica que la base para un correcto desarrollo perceptivo y cognitivo radica en un buen desarrollo sensorio-motor. Cada individuo debe interpretar adecuadamente la información sensorial

que le llega al SNC, tanto del entorno como del propio cuerpo, para planificar acciones adaptadas a las exigencias del ambiente”. Aunque la teoría de la integración sensorial tiene en cuenta todos los sistemas sensoriales, se centra especialmente en tres: el sistema táctil, el sistema propioceptivo y el sistema vestibular (p. 201).

Para Spanglet (2006) citando a Ayres (1979), el modelo de integración sensorial tiene como sustento teórico los fundamentos de plasticidad cerebral y la capacidad del cerebro

para cambiarse o modificarse como resultado del procesamiento continuo de sensaciones; las capacidades integrativas sensoriales del cerebro siguen un patrón de secuencia

específico, fomentan los procesos madurativos y la acumulación de experiencias sensoriales ayudan en el crecimiento de dicha secuencia; el cerebro funciona como una parte completa integrada; la organización del cerebro y la conducta adaptativa se afectan mutuamente; el procesamiento sensorial funciona debido a la organización del cerebro, influyendo a su vez en la organización del mismo. Las experiencias sensoriales son muy agradables y por lo tanto la mayoría de las personas tienen motivación de participar en actividades sensoriales y motrices.

Los niños con trastornos del espectro autista pueden presentarse como hiper responsivos a estímulos de tipo táctil y pueden ser hipo responsivos a estímulos de tipo propioceptivo, con dificultades como incomodidad con los roces incluso de su ropa, dificultades para percibir los movimientos del propio cuerpo, la posición de este o de sus partes, la dirección del movimiento o la fuerza generada por los músculos. Así mismo, pueden ser hipersensibles al estímulo vestibular y pueden reaccionar de manera exagerada al movimiento fuera de su eje corporal, afectando así mismo sus interacciones sociales. De igual manera, las conductas de auto-estimulación (mecerse, meterse cosas en las boca, etc.) y de auto-agresión (morderse, pegarse, darse cabezazos, etc.) son frecuentemente un claro signo de un problema en el procesamiento sensorial (Bellefeuille, 2006).

Spanglet (2006) cita a Kimball (1988) en la aplicación de la terapia de integración sensorial, establece como procedimientos específicos utilizados por el terapeuta, la terapia de juego y el manejo lúdico, con el fin de conseguir un sistema de procesamiento sensorial, que el niño aprenda a utilizarlo disfrutando al máximo, con un equipo sensorial integrativo específico disponible y unas actividades sensoriales determinadas. Se sugieren pautas específicas para el manejo del lenguaje y comunicación como: adaptar el uso del lenguaje al lenguaje

del niño, usar lenguaje simple y frases cortas, proporcionar tiempo suficiente para que el niño tome turnos durante el aspecto comunicativo, dar instrucciones simples y claras y asegurarse que el niño preste atención a la instrucción antes de decirla.

Los terapeutas ocupacionales expertos en Integración Sensorial proponen ejercicios que estimulan el tacto y el sentido vestibular. Primeramente hacen un estudio del niño para conocer cuáles son los ejercicios más adecuados en cada caso. Esta consiste en hacer que el niño(a), en sesiones de juego dirigido, efectúe ciertas acciones y movimientos o reciba determinados estímulos sensoriales con el fin de ayudarlo a percibirlos, procesarlos e integrarlos adecuadamente.

Ventajas y Desventajas: En cuanto a las ventajas y desventajas de este enfoque de intervención, existen dos revisiones sistemáticas sobre la eficacia de esta terapia en el autismo y se establece que no hay suficiente evidencia que apoye o rechace la terapia de integración sensorial como intervención adecuada en niños con Trastornos del espectro autista. Además, se destaca la falta de evidencia sobre su eficacia, aunque resaltan que sus actividades físicas esquemáticamente dirigidas podrían ser beneficiosas (Artigas y cols., 2006).

Terapia asistida con animales: La primera vez que se tiene constancia de la utilización de animales en terapia fue en Inglaterra en el Retreat York, fundado en 1792, siendo William Tuke pionero en el tratamiento de `enfermos mentales` sin métodos coercitivos ya que intuyó que los animales podían propiciar valores humanos en estos individuos, aprendiendo autocontrol mediante refuerzo positivo. Sin embargo, no fue sino hasta la década del 60 cuando Levinson empleó la *Pet Facilitated Psychotherapy (PFP)* con niños con problemas de comportamiento, déficit de atención y problemas de comunicación. En la actualidad, se encuentran diversas asociaciones a lo largo del mundo entre las que se encuentran la Asociación Nacional española de Terapia y Actividades Asistidas por Animales (ANTA), la Fundación Caballo Amigo y la Fundación Delfín Mediterráneo en Gerona, emplean la Terapia Asistida con Animales en la que se incluyen caballos, perros, delfines y pájaros para el tratamiento de niños con características autistas. Uno de los argumentos de trabajo en las terapias con animales aplicadas al autismo consiste en que los animales no demandan nada al niño, no le exigen patrones específicos de comportamiento y por lo tanto el niño se siente con mayor libertad y confianza.

De acuerdo con Irwin (1999), ha sido establecida como definición de la Terapia Asistida con Animales: “Aquellas intervenciones en las que un animal es incorporado como parte integral del proceso de tratamiento, con el objetivo directo de promover la mejoría en las funciones físicas, psicosociales, cognitivas y comunicativas de las personas tratadas y que son dirigidas por un especialista en Terapia Asistida con Animales y la problemática específica (ej. Autismo, depresión, problemas de conducta, etc.)” (p. 26)

Siguiendo estos preceptos, Allen, K., (2004), ha investigado a profundidad los efectos fisiológicos de los animales domésticos en los humanos, sobre todo en la presión sanguínea y el estrés y asegura que el efecto se debe a que los animales no emiten juicios, como las personas y a que estimulan la circulación sanguínea, lo que los convierte además, en excelente apoyo terapéutico. De igual forma, la autora mencionada, indica que la inclusión de un animal como parte del proceso de intervención de los niños con autismo, moviliza al niño de tal forma que a través de la estimulación por medio del juego, el movimiento permanente, la utilización de juguetes con sonido por parte de los animales, saca al niño del ensimismamiento y estimula la sociabilidad, el lenguaje y la conciencia del otro. (Irwin, 1999), y da mayor sentido de seguridad y de autoestima. Así, probó que la TAA (Terapia Asistida con Animales) incentiva el sentido de la mutualidad con los demás y contribuye al desarrollo de las habilidades sociales y del sentido de la responsabilidad, las cuales se encuentran notablemente afectadas en TGD. Gross (2000), después de realizadas investigaciones en Europa y en Estados Unidos, menciona que, la equinoterapia, por ejemplo, tiene un valor terapéutico muy significativo en especial en los niños y personas con discapacidad y en su última publicación menciona la base neurofisiológica de la terapia:

- La transmisión del calor corporal del caballo al cuerpo del jinete actúa como medio calorífico para “distender y relajar la musculatura y ligamentos y estimular la sensorpercepción táctil” (Pg. 22). Además, el incremento en el flujo sanguíneo llega a estimular el sistema circulatorio del niño lo que beneficia notablemente el funcionamiento de los órganos internos. La autora menciona como beneficio adicional y bastante importante, el calor corporal del caballo en el área psicoafectiva pues puede fingirse como sustituto del calor materno y el suave trote provoca la sensación de ser mecido lo cual puede generar sentimientos de seguridad y protección en el niño.

- La transmisión de impulsos rítmicos del caballo al cuerpo del jinete se convierten en impulsos fisiológicos que se propagan hacia arriba desde la columna vertebral hacia la cabeza del niño, lo cual obliga a reacciones de equilibrio, enderezamiento del tronco, coordinación psicomotriz y fortalecimiento de los músculos dorsales y abdominales. Como valor psicoterapéutico, la autora menciona que “la sensación de dejarse mover y poder avanzar sin aplicar una acción propia, podría ser un factor clave en la relajación psíquica y en la reconstrucción de la confianza primaria en sí mismo y en el mundo que lo rodea” (Pg. 24)

- La transmisión de un patrón de locomoción tridimensional equivalente al patrón fisiológico de la marcha humana, en niños con problemas neuromotores que no han adquirido estabilización y coordinación del tronco y la cabeza, el patrón fisiológico de la marcha humana que el paciente realiza durante la monta se graba en el cerebro y con el tiempo se automatiza, lo que posibilita su transferencia a la marcha pedestre (Strauss, 1991 citado por Gross, 2000).

La Terapia Asistida por Animales en niños con TGD, implica intervenciones dirigidas hacia un objetivo específico como parte integral de un proceso de rehabilitación, mediante la interacción entre animal y paciente. Básicamente, el tratamiento se basa en el juego y el afecto entre el niño y el animal ya que se trata de estimular a los niños a arrojar diferentes juguetes con sonido, a los cuales el animal hace sonar hasta devolverlo, estimulando el sentimiento del otro del dar y recibir; el perro no es una mascota sino un animal entrenado para tal fin. Se lleva a cabo además mediante caminatas, donde cada niño(a), avanza tomando de la correa al animal (en caso de los perros) y estos pasean a su lado lo que estimula la motricidad. Según Juan Carlos Salazar, psicólogo y coordinador de la Fundación Contacto, “ lo que realizan los perros en la actividad es tacto y compañía, todos los órganos de los sentidos se extienden para sentir el otro, ese otro que ayuda a desmitificar miedos y a identificar que la compañía es fundamental en el proceso de recuperación del niño” (Revista 5 Sentidos, número 48, Dic. 2005).

Sin embargo, como preparación para cada sesión de terapia asistida con animales en niños con TGD es importante resaltar que antes de la llegada de los pacientes con estos cuadros clínicos, es necesaria una caminata del guía con todos los perros (si es el animal empleado) donde se insiste en obediencia básica ya que ésta, estimula el buen ánimo del animal, reafirma la necesidad de sumisión y seguimiento y los predispone en forma natural a la

terapia (Allen, 2004). Los animales entonces no son mascotas comunes sino seres adiestrados para realizar con los niños ciertas actividades que el terapeuta previamente ha planeado de acuerdo con las necesidades específicas de intervención.

Posteriormente, se colocan los elementos de juego en la pista de trabajo teniendo en cuenta que la ropa debe ser holgada y cómoda, tanto para el paciente como para el profesional que debe adoptar posturas forzadas en algunos casos. El uso clásico del uniforme, según Irwin (1999), no es aconsejable en TAA debido a que "aleja" el contacto con el paciente y lo puede sentir frío e impersonal. Es decir el ambiente debe estar de acuerdo para brindar

placer y estimulación en todo momento, se debe evitar todo aquello que recuerde el dolor, las dificultades y/o la tristeza en el paciente. Los padres en lo posible, es conveniente que presencien la sesión, ya que aportan seguridad y tranquilidad mutua hacia su hijo que afronta un nuevo sistema de terapia, pero no deben intervenir directamente durante el transcurso del desarrollo de la misma.

El cajón de juegos es un instrumento de gran relevancia, debe ser ubicado en el centro del espacio a trabajar y deben contar con sonido, que los perros utilizan para llamar la atención del niño. Luego, a la llegada de los niños, los perros van a recibirlos a la entrada del lugar, los saludan (en su forma particular) y automáticamente se dirigen acompañando a los niños al lugar de trabajo. Sin embargo, en el caso de niños autistas, los perros, solos, buscan los juguetes del cajón y los llevan a ellos. En una segunda etapa se colocan las correas a los perros, y cada niño con su perro, comienza una caminata grupal. Esto se lleva a cabo con todo tipo de niño independientemente de su condición, caminen por su cuenta o no, para, posteriormente, al regresar, dar inicio a una tarea de estimulación pasiva. Los perros permanecen permanentemente al lado del niño. La música debe ser suave y de volumen bajo, carente de voz humana y armónica, esto forma un ambiente muy adecuado para la relajación necesaria de las sesiones. Se puede observar los beneficios que ésta brinda, por su influencia, en el comportamiento de los animales y las personas que asisten a las sesiones de psicoterapia. Al finalizar cada sesión de trabajo, cada niño cepilla al perro con el que ha compartido, esto tiene una función de brindar cariño al animal, estimula la motricidad manual por la acción, y brinda afecto hacia el niño, reforzando el vínculo con el otro e indicándose la necesidad de cuidado. Esto se repite con cada grupo, el perro acompaña al niño hacia la salida o hacia el medio de transporte utilizado para despedirlo hasta la nueva sesión.

Teniendo en cuenta lo mencionado, es claro que estos animales y sus guías deben ser entrenados, seleccionados y reunir criterios específicos como excelentes condiciones de salud determinadas por médicos veterinarios, que posean una baja sensibilidad a la amenaza y que cuenten con adecuado mantenimiento y cuidado. Así mismo, el animal debe ser activo (aunque no en exceso), dócil, debe estar adiestrado y se le deben permitir horas de descanso entre una terapia y otra, además de tenerse en cuenta la necesidad de una desparasitación mensual, de baño antiséptico semanal y adicionalmente, cada dos meses deben recibir un complejo de vitaminas y minerales.

Las actividades propias de la TAA deben ser aplicadas por un terapeuta profesional dentro del ámbito de la práctica de su profesión. Este profesional debe fijar los objetivos, guiar la interacción entre el animal y el paciente, medir el progreso y evaluar todo el proceso. Por lo anterior, este, no es un estilo de terapia, como las terapias tradicionales en la cuales el terapeuta opera a través de su práctica personal. El animal presente, forma parte de las sesiones y es a través de esta interacción que el terapeuta obtiene información acerca del paciente e idea actividades posteriores para obtener resultados. Así, la presencia de animales, atenderles, jugar con ellos, recibir sus atenciones, constituyen una forma eficaz de relajación, entrega y fuente de afecto. (Irwin, 1999).

Ventajas y Desventajas: Así y de forma puntual, han sido descritas ventajas al emplear la terapia asistida con animales en los niños y adolescentes con autismo en relación con una mayor estimulación para el desarrollo psicomotor y el lenguaje; mejor comunicación no verbal y mayores niveles de competencia social (Estivill, 1999).

A este punto deben mencionarse aquellas limitaciones que han sido identificadas al emplear la Terapia Asistida con Animales, el autor menciona que estas intervenciones no siempre son apropiadas para todas las situaciones o condiciones y se enuncian casos en donde esta podría ser contraproducente como cuando los animales son una fuente de rivalidad y competencia en el grupo, cuando alguien se torna posesivo con el animal, cuando pueda ocurrir un daño por un manejo impropio, selección inadecuada del animal o poca supervisión y cuando personas con expectativas poco realistas puedan pensar que el animal los rechaza; esto puede ahondar sus sentimientos de baja autoestima y afectar aun más el funcionamiento del niño. Además, cuando las personas sean alérgicas, los animales pueden ocasionar problemas respiratorios, como el asma. Así mismo, es contraproducente

cuando se puedan presentar problemas de transmisión de enfermedades zoonóticas, por lo cual se tienen que tomar las precauciones pertinentes. Los riesgos de contagio patológico originados por los animales se exageran mucho y, de hecho, con enfermos crónicos y terminales los riesgos de contagio entre personas son mucho mayores que con individuos con autismo. Otra de las desventajas consiste en la aceptación de los padres a este tipo de intervención; muchas personas no manifiestan agrado hacia ciertos animales y su falta de colaboración y compromiso frente a la terapia altera los resultados de la misma.

Intervención farmacológica: Los tratamientos farmacológicos no se encuentran dirigidos a curar los TGD ya que éstos solo atienden directamente los síntomas disruptivos propios de estos cuadros clínicos, como son las conductas agresivas, la impulsividad, el déficit atencional, las alteraciones en patrones de sueño y las alteraciones en la actividad motora usualmente observada en esta población. Es por esto que, un aspecto importante es mencionar la terapia de fármacos para síntomas específicos en los casos en que interfieren con la educación del niño o representan un peligro potencial para él, siendo esta la ventaja primordial que conlleva. Sin embargo, esta terapia es empleada sólo como acompañamiento de otro tipo de terapias y se usa si los padres y el médico están de acuerdo en que la situación de los síntomas del niño realmente necesita este tipo de intervención por lo cual, la desventaja primordial se relaciona con la imposibilidad de trabajo aislado a este nivel requiriéndose siempre de apoyo terapéutico bajo otro enfoque.

Para Artigas y cols (2006) hay medicamentos que han demostrado su eficacia para determinados síntomas específicos, edades y tipos de TGD. Sin embargo, existen también tratamientos farmacológicos o biomédicos cuyo uso resulta controvertido y que generalmente se apoyan en investigaciones metodológicamente débiles. “Es fundamental considerar siempre la aparición de efectos nocivos, la interacción con otros medicamentos y el efecto a largo plazo, especialmente en pacientes muy jóvenes.” (p. 430). De acuerdo con este aspecto, los bioquímicos que adoptan una teoría de megavitaminas donde Pauling (1973), citado por Paluzni (1987) consideran que el cerebro depende especialmente de las reacciones químicas y que la enfermedad mental se debe a reacciones químicas anormales determinadas por la genética y la dieta. Por tanto, el individuo puede necesitar mayor cantidad de algunas sustancias esenciales como ciertas vitaminas, el complejo B, la biotina, el ácido fólico y el ácido ascórbico, así aminoácidos y ácidos grasos esenciales.

De esta manera, dentro de las terapias farmacológicas de evidencia débil y sólo recomendadas para estudios de tipo experimental se nombran: *vitaminas y suplementos dietéticos y dietas libres de gluten y caseína*; y evidencia leve pero recomendadas están los *inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)* para controlar los síntomas de inatención presentes en los niños afectados con TGD.

Ritvo y Freeman (1984) citados por Paluszny (1987), han enunciado que, a pesar de la importancia del manejo farmacológico, por si solo, no logra la recuperación del niño(a) por lo que es requerido el apoyo por medio de técnicas específicas a nivel educativo y psicológico, reforzado con medicamentos psicotrópicos para el control de conductas disruptivas. En este campo también se citan el uso de hormonas como la tiroidea para los niños que presentaban autismo excluyendo a aquellos que presentaban hipertiroidismo o hipotiroidismo, los resultados fueron positivos y hubo mejorías estadísticamente significativas .

De igual manera, Rodríguez (1995) dice que en cuanto a los tratamientos farmacológicos utilizados en TGD, los opiáceos endógenos influyen en lo referente a la conducta auto lesiva. Ciertas hipótesis postulan que las conductas auto lesivas en el autismo se relacionan con elevados niveles de endorfinas en sangre, cuyos efectos sobre la conducta autolesiva serían una acción anestésica al dolor acompañada de una sensación placentera.

Así, se observa que la farmacología en los niños con autismo tiene la desventaja de ser limitada ya que se emplea, como se enunció, para manejar problemas específicos y puntuales (nunca para curar o eliminar el cuadro de TGD). No se ha descubierto un medicamento para el trastorno total de los niños con autismo por lo cual está establecido una ausencia de cura para este y la atención se dirige exclusivamente a tratar los síntomas disruptivos. Es fundamental, que en el caso de usar fármacos se haga un uso moderado de ellos, administrando la dosis indispensable el menor tiempo posible; el niño debe ser observado detalladamente mientras hace uso de medicamentos ya que cualquier anomalía puede representar la necesidad de cambiar la droga por efectos colaterales.

ANEXO: Análisis de encuestas (Ver archivo anexo)

REFERENCIAS

- Allen, K., (2004). *Pet Facilitated Therapy*. Buffalo: University Press
- Artigas, J., Belinchón, M., Boada, L., Canal, R., Díez, A., Ferrari, M., Fuentes, J., Baron – Baron-Cohen, S., & Tager, H., Cohen, D. (2006). *Understanding Other minds: perspectives from developmental cognitive neuroscience*. Oxford: Oxford University press.
- Baron-Cohen, S., & Simon, P. (2000). *Autismo, una guía para padres*. Madrid: Alianza.
- Belinchón, M., Rosa, A., Sotillo, M. y Marichalar, I. (2002). *Angél Riviere. Obras escogidas: Metarrepresentación y Semiosis. Volumen III*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Belinchón, M., Rosa, A., Sotillo, M. y Marichalar, I. (2002). *Angél Riviere. Obras escogidas: Lenguaje, simbolización y alteraciones del desarrollo. Volumen II*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Bellefeuille, B. (2006) Revisión: Un trastorno en el procesamiento sensorial es frecuentemente la causa de problemas de aprendizaje, conducta y coordinación motriz en niños. *Boletín Pediátrico*. 46, 200 – 203.
- Cabezas, H. (2002). El niño con autismo: un programa estructurado para su educación. En Caballo, V. *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente, trastornos específicos* (pp. 321-345). Madrid: ediciones Pirámide
- Cinco Sentidos, número 48 de diciembre de 2005. Publicación de distribución gratuita para las personas del Programa de Calidad de Vida de Suramericana y para afiliados a Medicina Prepagada de Susalud, Manizales: Autor.
- Colina, L. M. (s.f.). Terapia Cognitiva En: www.luzmayacolina.com.ve/cont1.htm. (10 Octubre 2007).
- Cuxart, F. (2000). *El autismo: aspectos descriptivos y terapéuticos*. Málaga: Ediciones: Aljibe.
- Estivill, S., (1999). *La terapia con animales de compañía*. Barcelona: Tikal Ediciones
- Frith, Uta. (1989). *Autismo, Hacia una Explicación del Enigma*. España: Alianza Psicología Minor.
- Garza, F., (2000). *Manual para padres de niños autistas*. Madrid: ediciones Pirámide
- Gross, E. (2000). *Equinoterapia. La Rehabilitación por medio del Caballo*. Trillas, México.
- Happe, F. y Frith, U. (2006). *The Weak Coherence Account: Detail-focused Cognitive Style in Autism Spectrum Disorders*.
- Hobson, P. (1995). *El autismo y el desarrollo de la mente*. Alianza, Madrid.

- Irwin, C., (1999). *La magia de susurrar a los caballos*. Madrid: Ateles editores
- Lewis, V. (1994). *Desarrollo y déficit*. Paidós, Buenos Aires
- Lovaas, I. (1993). The development of a treatment- research project developmentally disabled and autistic children. *Journal Applied Behavior Analysis*, 26.
- McEachin, J., Smith, T., Lovaas, O., (1993). Long- Term outcome for children with autism who received early intensive bahavioral treatment. *American Journal On Mental retardation*, 97(4), 359-372.
- Ministerio de Educación Nacional (2002). *Orientaciones pedagógicas para la atención educativa a estudiantes con autismo*. Bogotá, D. C.: Autor.
- Matos, M., Mustaca. A., (2005). Análisis Comportamental aplicado (ACA), y trastornos generalizados del desarrollo (TGD): su evaluación en Argentina. *Revista de Psicología y Ciencias afines: Interdisciplinaria*, 22(001), 59 – 76.
- Mejía, A. y González G. (2006). Autismo: El desarrollo social del niño Autista. *Atención a la diversidad. Educación especial*. desde: http://w3.cnice.mec.es/recursos2/atencion_diversidad/index.htm (24 de Abril de 2008)
- Muntaner Guasp, J. J. (2000) .*La Igualdad de Oportunidades en la escuela de la diversidad*. En http://de.scientificcommons.org/joan_jordi_muntaner_guasp (12 de Agosto de 2008).
- Muntaner, Joan J. (1998). *La Sociedad ante el Deficiente Mental*. Normalización, Integración Educativa, Inserción Social y Laboral. Nancea S.A. de Ediciones Madrid
- Olivares, J., & Mendez, F., (1998). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Biblioteca Nueva editores
- Paluszny, M. (1987). *Autismo guía práctica para padres y profesionales*. México D. F.: Trillas.
- Pedreira, M. J. (2002). *Evaluación, diagnóstico, neurobiología y tratamiento del autismo*. Madrid: Edición Laertes S. A.
- Rivadeneira, C., Minici, A. y Dahab, J. (1990). *Por qué elegimos la Terapia Cognitivo Conductual? Reflexiones acerca de una diferencias críticas entre la TCC y otros enfoques terapéuticos*.(s,f,)
- Riviere, Á. y Martos, J. (1997). *El Tratamiento del Autismo. Nuevas Perspectivas*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría General de Asuntos Sociales e Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO). Madrid.

- Rodríguez, J. (1995). Intervención Terapéutica en Autismo Infantil y Trastornos Generalizados del Desarrollo: Autolesión y Autoestimulación. *Revista de Neurología*. 28(2), 130 – 134.
- Simarro V, L., (2006). Las funciones psicológicas superiores en autismo: un intento de integración de las principales teorías y su implicación en la intervención. En: mk:@MSITStore:E:\contenido\etapi.chm::/Comunicaciones/Las_funciones_psicológica (2 de Febrero de 2008)
- Spanglet, M., (2006). *Enseñanza de la lectoescritura en niños autistas*. México D. F.: Trillas
- Valdez, D. (2001) *Autismo: enfoques actuales para padres y profesionales de la salud y la educación: Teoría de la mente y espectro autista*. Buenos Aires: Fundec.
- Valdez, D. (2005). *Evaluar e intervenir en autismo*. Madrid: Machado editores
- Vargas E. (2004). *Autismo y Autodeterminación*. En <http://www.monografias.com> (2 de Febrero de 2008)
- Ward, R. (2000). Bridging the gap between visual and auditory discrimination learning in children with autism and severe developmental disabilities. *Journal of developmental Disabilities*, 7, 142-155.
- Verdugo, M.A. (2004). Instituto de Integración a la Comunidad (INICO), Universidad de Salamanca

2.5 TRASTORNOS EMOCIONALES

2.5.1 ANSIEDAD INFANTIL

En la época actual se le ha dado gran importancia a los trastornos del desarrollo infantil en el ámbito de la discapacidad, tanto que las entidades gubernamentales y no gubernamentales invierten grandes esfuerzos humanos y financieros para atender a los niños que presentan situación de riesgo o vulnerabilidad; pero, a pesar de esto, en la sociedad los niños se ven enfrentados a diversas situaciones que les generan grandes cantidades de estrés, ya que adolecen de fortalezas tempranas para asumir la adversidad y reaccionan en forma negativa frente a ella hasta que su comportamiento se instala y aparecen entidades patológicas que desde su interior, ocasionan grandes dificultades a nivel emocional. Una de ellas, es la ansiedad.

La ansiedad se puede definir como una reacción emocional ante un peligro o amenaza cuya función es alertar y preparar al sujeto mediante un conjunto de respuestas fisiológicas, cognitivas y conductuales para enfrentar las demandas del medio y posee un carácter anticipatorio como principal elemento; de esta manera se considera a la ansiedad como una respuesta funcional con una utilidad biológico adaptativa importante; de hecho durante la infancia y adolescencia se experimenta frecuentemente estados ansiosos, puesto que se está en la continua búsqueda de desarrollar estrategias de afrontamiento en las diversas situaciones que plantea el proceso de desarrollo hacia la maduración física, emocional y cognitiva.

Como ejemplos se citan los miedos evolutivos: El niño de 0 a 1 año suele responder con llanto a los estímulos intensos y desconocidos, así como cuando cree encontrarse desamparado. De 2 a 4 años aparece el temor a los animales. En los niños de 4 a 6 años surge el temor a la oscuridad, a las catástrofes y a los seres imaginarios (como brujas y fantasmas) así como el contagio emocional del miedo experimentado por otras personas y la preocupación por la desaprobación social. Entre los 6 y los 9 años pueden aparecer temores al daño físico o al ridículo por la ausencia de habilidades escolares y deportivas. De 9 a 12 años pueden experimentar miedo a la posibilidad de catástrofes, incendios, accidentes, temor a contraer enfermedades graves y miedos más significativos emocionalmente, como el temor a conflictos graves entre los padres, al mal rendimiento escolar, o, en ambientes de

violencia familiar, el miedo a palizas o broncas. Ya en adolescentes, de 12 a 18 años tienden a surgir temores más relacionados con la autoestima personal (capacidad intelectual, aspecto físico, temor al fracaso, etc.) y con las relaciones interpersonales (García, s.f.).

La ansiedad se convierte en una emoción negativa cuando perturba el funcionamiento del niño en la vida diaria haciendo que reaccione desproporcionadamente y fuera de lugar ante las situaciones cotidianas o ante peligros no reales o irrelevantes que son imaginados por él o ella, poniendo en riesgo su salud y bienestar y convirtiéndose en un trastorno o condición psiquiátrica que amerita una intervención.

En el campo de los trastornos de ansiedad infantil se presenta la dificultad de diferenciar las expresiones de ansiedad adaptativas, transitorias y apropiadas de los estados patológicos para la etapa de desarrollo en que se encuentra el niño, sin embargo en la clasificación de trastornos mentales DSM- IV de la Asociación de Psiquiatras Americanos (1997), existen unos criterios definidos para determinar si el comportamiento manifestado se puede diagnosticar como un trastorno de ansiedad.

Los Trastornos de Ansiedad (TA) engloban un conjunto de desórdenes psicológicos y psiquiátricos, con características específicas que permiten clasificarlos dentro de una categoría diagnóstica particular, pero con un componente común a todos ellos de alta incidencia: "la ansiedad". El DSM- IV – TR ha perfeccionado la nomenclatura de los TA infantil que son diagnosticados usando los mismos criterios de los adultos y tiene una historia muy reciente al compararse con la de la población adulta. La clasificación incluye las siguientes categorías: trastorno de ansiedad generalizada (TAG), Trastorno de pánico (TP), trastorno obsesivo compulsivo (TOC), trastorno de estrés postraumático (TEPT), trastorno de ansiedad por separación (TAS) y fobias (Gómez, Hernández, Rojas, Santa Cruz y Uribe, 2002).

Los TA se consideran como una patología frecuente; en un estudio realizado en Colombia en 1993 la prevalencia total de ansiedad en adultos alcanzó el 9.6%. De acuerdo al estudio nacional de salud mental realizado en Colombia en el año 2003, los TA tienen una tasa de prevalencia de 19.3%. En este mismo estudio se determinaron las prevalencias para cada categoría de TA: TP 2.3%, fobias 35% TAG 2.7%, TEPT 3.3% y cualquier trastorno de ansiedad 37.8%. (Estudio Nacional de Salud Mental, 2003).

A partir del reconocimiento del trastorno de ansiedad se han realizado avances significativos en el tratamiento de los trastornos de ansiedad infantil; las intervenciones conductuales, cognitivo conductuales, psicodinámicas, farmacológicas y tratamientos combinados se han establecido como los tratamientos más utilizados y efectivos para este tipo de trastornos. A continuación se revisaran los tratamientos de mayor aplicabilidad según las categorías diagnósticas de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes.

Enfoques teóricos en la intervención

Enfoque conductual

La terapia conductual es definida como la aplicación sistemática de los principios y técnicas de aprendizaje en la modificación de la conducta humana, también ha sido llamada: Modificación de Conducta, Terapia del Condicionamiento y Terapia Conductual.

En la actualidad la terapia de conducta se caracteriza por la utilización de programas de intervención estructurados y de amplia aplicación en diversos trastornos de conducta en niños y adolescentes (Spanglet, 1999).

Los postulados básicos del modelo conductual mencionados por Ruiz y Cano (s.f.) son:

- Los procesos mentales son actividades conductuales encubiertas, no observables directamente.
- La evaluación o diagnóstico conductual consiste en la determinación de la conducta objeto de estudio, sus antecedentes y sus consecuencias.
- La intervención psicoterapéutica conductual consiste en la modificación de los antecedentes y consecuencias de la conducta a fin de modificar esta.
- La conducta puede ser manifiesta o encubierta
- El estudio del "sujeto conductual" se fundamenta en el análisis de su conducta manifiesta y encubierta.
- El conductismo y la terapia de conducta no niegan los procesos subjetivos llamados mentales, sino más bien los considera actividad mental, actividades conductuales, conducta encubierta.
- La terapia de conducta estudia la conducta encubierta a través de la conducta manifiesta. La conducta manifiesta se explican en función de la historia de aprendizaje del sujeto conductual y de los antecedentes y las contingencias actuales.
- La terapia conlleva un rol activo del paciente y del terapeuta.

Kanfer y Saslow (1967) mencionados por Ruiz y Cano (s.f) afirman que la terapia de conducta comienza mediante un proceso de diagnóstico denominado Análisis Funcional o Conductual, en el que se traduce el problema presentado a categorías conductuales operativas y se determinan las variables que las mantienen, guiando la selección de las diversas técnicas de intervención.

En cuanto a los trastornos de ansiedad, este modelo menciona que hay factores desencadenantes que pueden ser intraverbales (pensamientos como en el caso de TAG), otros son exteroceptivos (un perro, como en el caso de la fobia específica a un animal) y otros son interoceptivos (latidos del corazón en el trastorno de pánico) y a partir de ahí se da la respuesta de ansiedad en tres canales básicamente (motor, fisiológico y cognoscitivo) y esta respuesta es reforzada por las consecuencias (condicionamiento operante) que generalmente incluye refuerzo negativo de evitación y/o escape por lo que el trastorno se mantiene en el tiempo.

En el caso de los TA la terapia conductual se utiliza en la intervención de la mayoría de los trastornos, específicamente en Fobias, TAS, TAG y TOC. Las técnicas terapéuticas más utilizadas son las mismas que las que se usan en el tratamiento de los adultos. Más que en aspectos conceptuales, las diferencias radican en la adaptación del procedimiento a la edad y a las características del niño.

En el tratamiento del TAS y fobias específicas las técnicas frecuentemente empleadas son:

- La exposición gradual en vivo a las situaciones de separación: puede hacerse en imaginación o en vivo y constituye un tratamiento psicológico muy eficaz para hacer frente a las conductas de evitación que aparece en las fobias específicas. En niños menores de 11 años se recomienda no utilizar la imaginación. La exposición en vivo es utilizada también en el manejo de trastorno por estrés postraumático.

- El manejo del estrés y la relajación: es un medio de aprender a reducir la ansiedad y obtener control a nivel cognoscitivo, el método más utilizado es la Relajación muscular progresiva de Jakobson consistente en tensar y relajar los principales grupos musculares del cuerpo al tiempo que el sujeto se concentra en las sensaciones relacionadas con la tensión y relajación. Existen adecuaciones de técnicas de relajación para niños que implican básicamente el uso de cuentos que el niño debe representar para lograr tensar y relajar los diferentes grupos musculares.

- El modelado: Las estrategias de modelado parten de los principios del condicionamiento vicario (aprendizaje observacional o indirecto) según los cuales no es necesaria la presencia directa del estímulo para que se adquiera, mantenga o extinga la respuesta de ansiedad, basta con la observación de lo que le ocurre a otras personas. Las técnicas terapéuticas de modelado implican la demostración al niño de conductas no ansiosas ante situaciones inductoras de ansiedad, mostrándole además, respuestas apropiadas para ser usadas ante tales situaciones. Tras la demostración, el niño es instruido para que imite las conductas del modelo, con lo cual, a parte de reducirse el miedo al estímulo se logra que el niño adquiera habilidades de conducta adecuadas, las que, posteriormente, serán mantenidas mediante principios operantes (Sandin, 1997). Por lo mencionado, está fundamentada en el papel que desempeña la observación de un modelo de comportamientos adecuados en el aprendizaje y la modificación de conductas; el modelado es muy eficaz en el tratamiento de fobias específicas en niños que junto con instrucciones e instigaciones verbales hace que el niño enfrente la situación fóbica. Esta técnica se usa reforzando al niño sistemáticamente a medida que se anima a realizar las conductas del modelo, y dándole indicaciones de cuál es la forma de proceder (las llamadas “guías físicas”) (Caballo, 2005).

- La inundación emocional: consiste en la interacción brusca y directa con los estímulos fóbicos, se basa en la respuesta emotiva que el organismo puede dar a un estímulo neutro cuando se asocia un estímulo aversivo, se expone al niño a estímulos que le provocan un elevado grado de angustia, debido a esta emoción, el niño debe expresar verbalmente el sentimiento angustioso que le produce, lo cual se sigue una disminución de la intensidad del mismo. Esta técnica también se puede trabajar bajo imágenes emotivas en las que el niño ha de imaginar situaciones diarias donde participan sus personajes favoritos, lo cuál genera emociones gratas. Progresivamente se dice al niño que imagine situaciones que le provoquen algo de ansiedad, para ir pasando a otras más angustiantes. Las emociones positivas del principio de la técnica tienen un efecto de inhibición sobre la angustia posterior (Caballo, 2002).

- La desensibilización sistemática: busca reducir las respuestas de ansiedad y eliminar a la vez conductas motoras de evitación. Según el autor, el proceso de la desensibilización sistemática tiene los siguientes pasos:

- Detección de la clase de temor o angustia, e intensidad que provoca.
- Establecimiento de jerarquías de situaciones u objetos que provocan ansiedad en el sujeto.
- Determinación del plan de tratamiento a seguir.

- Entrenamiento en técnicas de relajación.
- Desensibilización propiamente dicha. De forma imaginaria o in vivo, presentando los elementos ansiógenos (objetos o situaciones) según la jerarquía establecida a la vez que se practica la relajación. La desensibilización sistemática está aconsejada también en el tratamiento en los siguientes casos: trastornos de ansiedad por separación, trastornos obsesivos compulsivos.
- La práctica reforzada: está enfocada en la adquisición de conductas nuevas adaptativas más que en la eliminación de las respuestas de ansiedad. La terapia tiende a hacer perder al estímulo su valor ansiógeno enseñando a la persona una nueva conducta que le permita hacer frente a la situación lo más eficazmente posible. Está indicada en el tratamiento de la fobia escolar y el trastorno de evitación, con esta técnica se busca que el niño se exponga gradualmente a la situación temida, enfrentándola y ganando confianza en el proceso mediante indicaciones de cual es la forma de proceder hasta que se habitúe y finalmente soporte las situaciones de separación con la menor ansiedad posible y sin sufrir consecuencias negativas (Echeburúa, 1995).
- Las escenificaciones emotivas: son la combinación de la exposición in vivo, el modelado participante y la práctica reforzada. Con esta aplicación conjunta se trata de potenciar los resultados terapéuticos que se pueden obtener con cada uno de ellos por separado. Muy útil para tratar fobias específicas en niños muy pequeños (Bragado, 1994).

Ventajas y Desventajas: En relación con las ventajas de la terapia del comportamiento se encuentra una alta prevalencia en su aplicación para la intervención de los trastornos de ansiedad, enfatizando especialmente en el componente motivacional y la participación de toda la familia. Así mismo, muestra resultados a corto plazo lo que puede convertirse en un valor agregado frente a otros modelos. La desventaja que predomina dentro de este enfoque es la escasa relevancia que se le da a los procesos cognitivos, ya que se obtienen beneficios a corto plazo, no siendo efectivo a largo plazo puesto que no hay una modificación de estructuras de pensamiento que sostengan el cambio de la conducta; unido a estos planteamientos, se ha dicho por parte de los humanistas que las terapias comportamentales son muy frías, que basan sus resultados en la modificación de conductas con métodos primarios en los que se trata al individuo no como un ser racional pensante sino como un ser inferior.

Enfoque cognitivo

La terapia cognitiva, se basa en teorías de la psicopatología, es un tipo de psicoterapia que postula que el significado de las experiencias de las personas afecta los sentimientos y la conducta por lo que plantea una estrecha relación entre el ambiente, la cognición, el afecto, la conducta y la biología, destacando fundamentalmente los procesos de pensamiento como factores que intervienen en los trastornos psicológicos (Ruiz e Imbernon, 1996).

Los primeros indicios de la TC se basan en postulados de la filosofía griega que afirman que "las personas no se afectan por los acontecimientos, sino por la opinión que se hace de estos. Pero solo en 1958 Albert Ellis con la Terapia Racional Emotiva difunde la terapia cognitiva y más tarde Aaron T. Beck nica una nueva propuesta en psicoterapias que denomina terapia cognitiva.

Las terapias cognitivas tienen como principio la mediación cognitiva por lo cual la reacción ante una situación está mediada por el proceso de significación en relación a los objetivos de cada persona y postula que las personas construyen activamente su "realidad", la cognición es mediadora entre los estímulos y las respuestas, las personas pueden acceder a sus contenidos cognitivos. La modificación del procesamiento cognitivo de la información es central en el proceso de cambio (Obst, s.f.). En el enfoque cognitivo y en relación con los trastornos de ansiedad, se menciona que la persona a lo largo de su desarrollo adquiere una serie de esquemas cognitivos referentes a las amenazas que se activan en ciertas situaciones y se manifiestan en forma de pensamientos automáticos con imágenes amenazantes, sentimientos de incapacidad para afrontar situaciones y hay una percepción incorrecta de sí mismo basada en falsas premisas (Ruiz y Cano, s.f.).

Jarret y Rush (1988) citados por los autores, mencionan como objetivos de la psicoterapia cognitiva en el trastorno por ansiedad generalizada: Reducción de la frecuencia, intensidad y duración de la activación autonómica/ansiedad y reducción de la conducta de evitación, huida o inhibición. Además la facilitación de la adquisición de habilidades de afrontamiento en la ansiedad generalizada y la identificación y modificación de la base cognitiva del trastorno: distorsiones cognitivas y esquemas cognitivos (supuestos personales) que hacen vulnerable al sujeto a padecer ansiedad.

Siguiendo a los autores, en cuanto a las técnicas cognitivas creadas por Beck y cuya función sería la identificación de las percepciones amenazantes y de falta de seguridad de la

persona, identificando los significados asociados y ofreciendo un marco para contrastarlos en forma de pruebas de realidad, se pueden mencionar:

- Cuestionamiento de pensamientos catastróficos: El terapeuta enseña al paciente a cuestionarse sus pensamientos catastróficos: "¿Qué probabilidades hay de que ocurra eso?, ¿Podría hacerse algo si llegase a ocurrir?, ¿Cuanto durarían los efectos, sería tan grave?, ¿Otras veces lo pensó, y qué ocurrió en realidad?".
- Uso de la imaginación: El sujeto puede imaginar situaciones amenazantes y su afrontamiento a ella junto con autoinstrucciones de autocontrol. También se pueden jerarquizar las situaciones amenazantes (p.e en forma de desensibilización sistemática).

La TC se destaca como una terapia de abordaje de los trastornos de ansiedad y de la depresión, especialmente las técnicas de autoinstrucción y reestructuración cognitiva que cuentan con gran evidencia científica sobre su eficacia en estos casos. En la intervención de los trastornos de ansiedad, especialmente en el TAG, la TC enseña a los pacientes a reaccionar en forma diferente en las situaciones y sensaciones corporales que acompañan los síntomas ansiosos y comprender la forma en que su manera de pensar contribuye a sus síntomas y cómo cambiar sus pensamientos para disminuir la posibilidad de que los síntomas ocurran.

En el manejo del TOC una técnica frecuentemente utilizada es la reestructuración cognoscitiva cuyo objetivo es ayudar al paciente a establecer una diferencia entre la realidad y sus obsesiones, identificando los pensamientos distorsionados (automáticos) en los que la persona exagera el grado de negatividad de los hechos y pensamientos en los que se atribuye erróneamente la responsabilidad de la ocurrencia de hechos negativos para luego ayudar a que la persona cambie dichos pensamientos disfuncionales reemplazándolos por pensamientos racionales (pensamientos lógicos y con base en la realidad). Otras técnicas cognitivas utilizadas en este caso son: bloqueo (detención) de pensamiento y técnicas de distracción (Jakes, 2001).

En la intervención del TAS y las fobias específicas la TC trabaja en aquellos pensamientos o imágenes que podrían estar implicados en el trastorno, mediante la técnica de autoinstrucciones positivas por la que se invita al niño a que cambie la forma de hablarse a

sí mismo, pasando del “no puedo hacerlo”, “algo malo va a pasar” al “lo voy a intentar”, “puede ser que algo ocurra”.; modificando el diálogo interno e instaurando verbalizaciones internas adecuadas que permitan la realización o el afrontamiento de una determinada tarea, situación o acontecimiento (Caballo, 2002).

Según Caballo (2002), las autoinstrucciones que el niño debe aprender a interiorizar, están relacionadas con el tipo de tarea y con la secuencia de respuestas encadenadas que ésta requiera y se clasifican en Autoinstrucciones de competencia, minimizadoras, de preparación, de confrontación, de afrontamiento de momentos críticos y de auto refuerzo; de esta forma, éste tipo de terapia le permite al niño o adolescente aprender cosas de sí mismo que le serán útiles durante toda la vida, como estrategias de resolución de problemas, aprender a reconocer la diferencia entre síntomas y realidad, y en general como enfrentar los diversos retos de la vida.

Ventajas y Desventajas: Las terapias de enfoque cognitivo, al centrarse en el presente, en el problema y su solución favorece la optimización del tiempo, y tiene un carácter preventivo frente a futuros trastornos. Las preocupaciones de un niño pueden derivar del modo, no siempre correcto, en que percibe la realidad y de los recursos que cree disponibles para afrontarla, de ahí la utilización de las técnicas cognitivas para su tratamiento puesto que con ellas se puede conseguir modificar dichos pensamientos y sustituirlos por otros más adecuados o adaptativos. Así mismo, la principal desventaja consiste en que su utilidad está limitada a los niños mayores, se requiere de ciertas habilidades cognoscitivas como un óptimo nivel de conciencia entre otras, que la hacen poco atractiva para los más pequeños. De igual forma, la terapia cognitiva no es recomendada para todo tipo de niños como aquellos que presenten una comorbilidad con déficit cognitivo y ciertos tipos de trastornos del lenguaje, aunque en estos casos es comúnmente empleada como técnica la reestructuración cognoscitiva de primer orden la cual implica mayor grado de simplicidad y favorece la comprensión y modificación cognitiva en niños.

Enfoque cognitivo conductual

La terapia cognitivo conductual (TCC) se define como el “Conjunto de técnicas basadas en los principios de la psicología cognitiva y la psicología comportamental. Su tesis principal es que el pensamiento o los modos de pensar, intervienen en las emociones, sentimientos y comportamientos” por lo que su principal objetivo consiste en modificar todos aquellos

pensamientos y conductas que restringen la vida del paciente; así la intención de toda Técnica Cognitiva conductual es modificar los patrones de pensamiento para así generar cambio en las emociones, los sentimientos y los comportamientos (Colina, s.f.).

Este modelo, plantea como principio básico modificar pensamientos y comportamientos, enfatizando en el cambio y resolución de problemas mediante la práctica y generalización de nuevas conductas y cogniciones en diferentes contextos. La intervención está enfocada en el presente, por lo que se piensa en el “qué hacer” no en el “por qué”; se centra en los síntomas y su resolución, no en la sustitución de los mismos. El paciente y el terapeuta trabajan conjuntamente por un objetivo común, confrontando conductas y creencias y ofreciendo alternativas posibles de pensamientos y patrones de conducta, autocuestionando y fomentando la independencia por lo que además de entrenar en técnicas y habilidades permite un libre acceso a la información teórica o metodológica.

La TCC plantea objetivos concretos y un plan de tratamiento que asegure la continuidad temática entre las sesiones, además mide los progresos y el cambio obtenido mediante diferentes procesos de cuantificación; por último es importante mencionar que este enfoque, tiene una base empírica que corrobora su eficacia para tratar gran variedad de trastornos, en especial los trastornos de ansiedad y la depresión (Rozados, s.f.)

En los casos de trastorno de ansiedad, La TCC es la forma de tratamiento psicológico más empleado en la práctica clínica, siguiendo los criterios de calidad de la medicina basada en pruebas estándares, en la que el paciente aprende entre otras cosas también, a descatastrofizar los síntomas fisiológicos, con lo que logra interrumpir el mecanismo de retroalimentación que mantiene y agrava los trastornos por ansiedad (Colina, s.f.). Según Dahab, Minici y Rivadeneira (s.f.) el tratamiento de los trastornos de ansiedad depende del tipo de diagnóstico y de las particularidades de cada persona; las técnicas que tradicionalmente se han usado incluyen la relajación muscular progresiva y la respiración abdominal profunda para reducir la ansiedad, ambas apuntan a eliminar los síntomas fisiológicos como la taquicardia, la falta de aire, la respiración agitada y el dolor de pecho. Tales procedimientos son aplicados conjuntamente con técnicas cognitivas, pues muchas veces son los pensamientos los que detonan la ansiedad (antecedentes intraverbales).

Los mismos autores plantean que el “tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en Terapia Cognitivo Conductual contempla un cambio en el estilo de vida del paciente que lo conduzca a incorporar hábitos saludables, tales como dormir no menos de siete horas, no fumar, hacer actividad física regularmente, ingerir alimentos sanos, bajar el consumo de cafeína y, muy especialmente, dedicar algún tiempo al descanso y la recreación. Estos comportamientos actúan como ansiolíticos naturales que conjuntamente con la técnicas cognitivo-conductuales logran que las personas remitan sus síntomas, “curándose” así del trastorno de ansiedad que padecen y alcanzando una mejor calidad de vida.

Las técnicas más frecuentes del enfoque cognitivo conductual son: Técnicas de exposición en vivo y en la imaginación, relajación, técnicas de modelado (simbólico, encubierto, participante, no participante), práctica reforzada, escenificaciones emotivas y Terapia Racional Emotiva (TRE). La TRE como técnica es una alternativa viable para el tratamiento de los rituales compulsivos en la infancia, el niño debe explicar los detalles del ritual, sus componentes agradables, y debe practicar el ritual delante del terapeuta para que paulatinamente se introduzcan modificaciones graduales al ritual. De acuerdo con lo planteado, se destaca la terapia de exposición como mejor técnica para el control de los trastornos fóbicos, aunque ciertas conductas de evitación requieren además el aprendizaje de habilidades (modelado participante y entrenamiento en habilidades sociales) para que el niño sea capaz de entrar en una interacción eficaz con ellas; la técnica de escenificaciones emotivas es más eficaz para tratar trastornos de ansiedad en niños menores de 8 años; las técnicas cognitivas y de autocontrol son menos efectivas, ya que requieren la adquisición previa de habilidades intelectuales, por lo que se aplican en niños más bien mayores y con cierta capacidad intelectual (Sadock & Sadock, 2004).

El tratamiento psicosocial de Silverman y Kurtines es otra terapia de corte Cognitivo conductual propuesta en el tratamiento de los TA que trabaja en las dimensiones: Conductual, cognitiva, afectiva y relacional; la estrategia terapéutica clave en este tratamiento es la exposición tanto en vivo como en la imaginación y de forma gradual, ésta técnica involucra modificaciones comportamentales, cognitivas y afectivas, tanto individuales como con los padres y el niño (Caballo, 2002).

Por otro lado La TCC en el Trastorno obsesivo compulsivo utiliza la técnica de exposición con Prevención de la Respuesta (EPR), que apunta a lograr que el paciente aprenda a

tolerar y disminuir su ansiedad, obsesiones y compulsiones, al hacerlo conciente de que estas aparecen pero luego se van sin que se tenga que hacer nada para prevenir su aparición o un daño o catástrofe. La EPR también es eficaz en el control de las fobias en niños y adolescentes como lo mencionan (Franklin y cols., 1998) citados por González (2000).

Este modelo es también el tratamiento que se sigue en la actualidad para intervenir el Trastorno de estrés postraumático (TEPT), incluyendo la exposición tanto en imaginación como en vivo, el entrenamiento en relajación y el uso de estrategias cognitivas. (Donnelly, Maletic y March, mencionados por Gómez (2002). En este caso, la terapia busca ayudar al niño a través de la expresión de cogniciones, sentimientos y actitudes, a manejar los síntomas físicos, reforzar la autoestima y las funciones que analizan la realidad, ayudando a preveer, comprender, manejar los recuerdos cotidianos y a distinguir las preocupaciones de la vida cotidiana del trauma pasado, potenciando un cambio cognitivo sobre el suceso traumático a la vez que se dota al niño de estrategias de afrontamiento generalizables a su funcionamiento cotidiano.

En general, las intervenciones que hacen parte del enfoque cognitivo-conductual son útiles en el manejo de los trastornos de ansiedad en cuanto enfatizan en el proceso de aprendizaje y la influencia de las contingencias y los modelos del entorno a la vez que subraya la importancia central de la manera individual de procesamiento de la información relevante (Kendall, 1997, citado en Arango y Jiménez, s.f).

Ventajas y Desventajas: El modelo cognitivo conductual plantea grandes ventajas puesto que en la actualidad es el tipo de intervención utilizado con mayor frecuencia y considerado como de mayor beneficio en el tratamiento de las diferentes categorías de los TA, en especial en TAG y TAS, sola o en combinación con otro tipo de intervención al observar que las ganancias del tratamiento se mantienen a largo plazo y el corto tiempo en el que se obtiene resultados. Las intervenciones cognitivo-conductuales trabajan sobre los pensamientos, sentimientos y la conducta integrando varias dimensiones del ser, además se tiene en cuenta la etapa del desarrollo psicológico del niño desde la cual se planean las tareas acordes con sus capacidades, utilizando en las diferentes técnicas diversas herramientas como fotos, recortes, láminas o dibujos cuadernos para colorear, películas, títeres, ensayos imaginativos, uso de historias y cuentos, juegos y otros elementos motivantes para los niños y que involucran creatividad, imaginación y refuerzo social

positivo. Por ser una terapia directiva lleva al niño a descubrir con mayor facilidad los pensamientos negativos que hace parte de su diálogo interno y a cambiarlos de tal manera que se genere una autoconfianza y dominio de la situación, promoviendo en él las estrategias de afrontamiento adecuadas y una mejor adaptación a su ambiente. Sin embargo se pueden mencionar como desventajas que no han demostrado resultados en niños pequeños y dado que se utilizan técnicas en las que se requiere que el niño sea muy activo frente al tratamiento, se debe contar con una gran disposición por parte del paciente para trabajar fuera de las sesiones terapéuticas, por lo que el niño debe contar con un sistema de apoyo adulto, haciéndose necesario comprometer y entrenar a los familiares o responsables del niño para que apoyen el proceso en diferentes contextos; además, las terapias cognitivas conductuales presentan limitaciones en el tratamiento de niños con déficit cognitivo.

Enfoque psicodinámico

La expresión psicodinámica se refiere a aquellos modelos en los que el compromiso intrapsíquico tiene un papel central. El modelo psicoanalítico (llamado psicoanálisis) es el precursor del modelo psicodinámico. En los orígenes del psicoanálisis con Sigmund Freud y partiendo del caso de una neurosis infantil, la fobia de un niño de 5 años, Anna Freud y Melanie Klein, buscaron la forma de aplicar el tratamiento psicoanalítico a los niños; se usaron las bases para la comprensión del lenguaje preverbal, la interpretación, la transferencia, la asociación libre, la hipnosis, la sugestión y la psicoterapia basada en el juego; se tienen en cuenta aspectos como el estudio de los cuentos, los sueños, los ensueños, los juegos y los dibujos infantiles buscando el contenido latente oculto tras el contenido manifiesto; inclusive en la literatura se menciona El Análisis infantil Mediante Dibujos como método terapéutico. Sophie Morgenster citada por Aberasturi (1970) menciona que los dibujos en los niños son de gran utilidad en el tratamiento, es frecuente que mediante la técnica del juego los niños expresen sus conflictos y muchas veces no se necesitan otros medios de expresión. Durante la sesión de trabajo el niño debe dibujar libremente para que el terapeuta vaya buscando asociaciones, o en algunos casos dirigir preguntas al niño.

Melanie Klein creó la técnica del juego como parte importante del tratamiento, menciona que “el niño al jugar vence realidades dolorosas y domina miedos instintivos proyectándolos al exterior en los juguetes, mecanismo que es posible porque muy

tempranamente tiene la capacidad de simbolizar, la función del juego es la de elaborar las situaciones excesivas y traumáticas para el yo, cumple una función catártica y de asimilación lenta mediante la repetición de los hechos diarios y los cambios de roles, por ejemplo haciendo activo lo que se ha sufrido pasivamente; los detalles del juego son reveladores de la experiencia individual" (Aberasturi, 1970).

Por otro lado, desde la perspectiva dinámica los fenómenos mentales son el resultado de fuerzas en conflicto. El conflicto surge de una oposición entre las fuerzas instintivas, (deseos sexuales inconscientes), las defensas y los principios normativos o morales del individuo conscientes e inconscientes manifestados en el síntoma, concebido éste como una "solución de compromiso" para resolver ese conflicto. El modelo psicodinámico se centra en la realización de una introspección por parte del paciente, se parte de la idea que los síntomas que evidencian algunas personas se deben a una serie de conflictos que se encuentran en el inconsciente, es por esta razón que es tan difícil reconocerlos y sacarlos a la luz (Ferro 1998).

Para Amy Scholten, (citado por Ferro, 1998) la terapia psicodinámica es el nombre general para un número de terapias que ayudan a los pacientes a sacar a la superficie sus sentimientos inconscientes (escondidos). Esta forma de terapia puede ayudar a los pacientes a entender y eventualmente controlar los sentimientos inconscientes que influyen en su vida diaria, Igualmente, ayuda a una persona a buscar dentro de sí misma para descubrir y comprender los conflictos emocionales que pueden estar contribuyendo a su enfermedad. Esta terapia, se usa para tratar una amplia variedad de problemas. Puede ser particularmente útil para los padecimientos como la ansiedad, la depresión y problemas que tienen que ver con la personalidad y las relaciones pasadas o actuales.

La aplicación de la técnica psicoanalítica consiste en usar la asociación libre, en la cual el paciente debe expresar todos sus pensamientos, sentimientos, fantasías y producciones mentales en general, según le vayan surgiendo en su cabeza y sentimientos sin exclusiones o restricciones algunas (Hacer consciente el conflicto inconsciente va a provocar que los mecanismos de defensa sean innecesarios desapareciendo así los síntomas). Cuando este modelo se aplica a población infantil se usa el juego como un vehículo para facilitar esas asociaciones libres.

La velocidad de la terapia la marca la persona ya que es ella la que va sacando la información de su inconsciente hacia el consciente pudiendo de este modo ver el origen de sus conflictos.

De acuerdo con lo planteado por Ontiveros y Chávez (2005) los lineamientos generales en la terapia psicoanalítica aplicada a los trastornos de ansiedad son:

- Se debe alentar al paciente para que afloren los sentimientos o emociones “negativas”, sin temor a castigo o represalia y así tomar conciencia de que sus sentimientos no son tan violentos y abrumadores como cree. Por ejemplo, se le debe alentar a que exprese su “enojo”, sin señalárselo como algo negativo, e interpretar su falta de expresión como producto del temor al abandono o a la desilusión.
- Se deben confrontar gentilmente como absurdas las ideas obsesivas, agresivas y hostiles del paciente.
- Se debe alentar al paciente a que experimente una actitud más relajada y busque situaciones que le sean placenteras, sin temor a “abandonar su conciencia moral”, o caer presa del hedonismo y la inmoralidad.
- Investigar cuál es el origen de estos temores.

En la infancia los estados de ansiedad pueden deberse a diversos factores etiopatogénicos y como tales, Anny D. de Speier (citado por Reca, 1977) menciona ciertas recomendaciones importantes a tener en cuenta en su tratamiento: en muchos casos la ansiedad infantil pasa desapercibida o minimizada por el adulto, ante un hecho ansioso o traumático es importante esperar un tiempo prudencial para que pase el estado de conmoción, después del cual, si la ansiedad persiste, es importante indagar los posibles conflictos en el niño, sus relaciones familiares, su información sexual, sin forzarlo a decir o hacer algo que considere dañino, es aconsejable un trato amable y afectuoso y en lo posible evitar no solo involucrarse demasiado sino crear dependencia en el niño hacia el terapeuta.

Ventajas y Desventajas: Parte de las desventajas de los modelos psicoanalíticos consisten en que los niños no tienen conciencia frente a su enfermedad o condición mental, ni deseos de curarse ya que por lo general no padece las consecuencias de sus trastornos, además el niño no asiste a consulta por libre decisión y no da asociaciones verbales que son parte fundamental del modelo psicoanalítico. Muchas personas han reportado mejoras significativas después del tratamiento. Sin embargo, como todas las otras terapias, la terapia

psicodinámica no funciona para algunas personas. Cualquiera que elige esta terapia, debe estar preparado para ser abierto y honesto. Necesita ser paciente con el proceso, el cual puede ser difícil, en especial al comienzo.

Otra limitación se enfoca hacia la falta de investigaciones controladas acerca de la eficacia de las terapias psicoanalíticas en el trastorno de pánico y la agorafobia. La experiencia clínica no sugiere que ellas sean efectivas. Sin embargo, desde el punto de vista teórico, ellas podrían modificar las características de la personalidad que a veces están asociadas con el trastorno de pánico, y también mejorar los patrones de mala adaptación secundarios a este.

Enfoque farmacológico

En cuanto a las bases neurobiológicas es interesante mencionar que en la mayoría de las investigaciones se plantean alteraciones para la ansiedad a tres niveles: a) de la corteza; b) del hipotálamo y sistema límbico (que tiene que ver con los afectos y el control de sistemas endocrinos, del sistema nervioso autónomo y de las motivaciones e impulsos); y c) del tallo. El llamado cerebro reptil está formado por la sustancia reticular del tallo, el hipotálamo y parte de la corteza fronto-temporal y no parece poder adaptarse a nuevos eventos, sino que realiza comportamientos muy elementales de manera instintiva o por aprendizaje simple. Después, filogenéticamente, aparece el sistema límbico (mamífero) - visceral, instintivo y afectivo - y, finalmente, el de los mamíferos superiores o neocorteza de los lóbulos cerebrales, encargado de funciones perceptivas, lingüísticas e intelectuales (Ledoux, 1994).

Los trastornos de ansiedad son los trastornos psiquiátricos más frecuentes de la infancia y adolescencia, con una alta tasa de prevalencia, aunque los estudios sobre las intervenciones son insuficientes, posiblemente debido a la incorrecta idea de que estos trastornos son temporales. Es de vital importancia antes de recomendar cualquier tratamiento para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes realizar una evaluación completa de los síntomas de ansiedad, así como otra sintomatología psiquiátrica, problemas familiares, académicos y somáticos que pudieran ser fácilmente mal interpretados como efectos adversos de futuros tratamientos farmacológicos.

Cabe mencionar que en la intervención inicial del trastorno de ansiedad infantil se prima el tratamiento psicoterapéutico y luego el farmacológico, dependiendo de las características

del mismo y la mayor eficacia se ha conseguido con la combinación de psicofármacos y psicoterapia. Por otro lado, muchas investigaciones en familias de niños que han presentado ansiedad muestran que hay un alto riesgo de suicidio, abuso de alcohol y sustancias psicoactivas, deterioro en el rendimiento escolar y variados síntomas somáticos que pueden alterar notablemente el funcionamiento del niño en la familia y en la sociedad; es por eso que en muchas ocasiones se hace necesario recurrir a tratamientos a base de fármacos para contrarrestar los efectos adversos de la ansiedad.

Para iniciar terapia farmacológica se necesita una valoración especializada que contemple:

- Determinar etiología, características, pronóstico, consecuencias y otros tratamientos posibles.
- Valorar la comorbilidad.
- Evaluar cuidadosamente el tipo de ansiedad que presenta el niño con cuestionarios y escalas estandarizadas.
- Valorar los síntomas físicos que presenta el niño y que puedan ser afectados o aumentados con la medicación.
- Realizar examen físico incluyendo pulso, presión arterial, peso y la toma de EKG basal en niños sin antecedentes patológicos.
- Considerar los efectos secundarios tóxicos y los peligros de una sobredosificación especialmente con los antidepresivos tricíclicos y benzodiazepinas.
- Asegurar la administración de la medicación directamente por los padres o cuidadores.

Como efectos secundarios del uso de los fármacos como en el caso de los SSRIs podemos mencionar: desinhibición, agitación psicomotora e irritabilidad, cefalea y migraña en pacientes con historia familiar, alteraciones en la arquitectura del sueño, insomnio o hipersomnia a sueños "vivididos", convulsiones, temblor, apatía, diaforesis, síntomas extrapiramidales, episodios de manía o hipomanía, aparición de equimosis, iponatremia, alergias, náuseas, diarrea, disminución del apetito, pérdida de peso. La fluoxetina fue asociada con un elevado riesgo de suicidio, Sin embargo diversos estudios entre ellos un meta-análisis recientemente publicado, mostró que la fluoxetina, al igual que otros antidepresivos reducen el riesgo de suicidio en pacientes deprimidos (Wikinski, 2005). Es importante tener en cuenta que el uso de la terapia farmacológica en los trastornos de ansiedad y en otros tipos de condición psicológica o psiquiátrica, esta circunscrita al criterio

del médico psiquiatra y a cada caso en particular, en especial en niños sería el tratamiento último de elección por la diversidad de efectos secundarios en la población infantil que ya se han mencionado en anteriores apartados. Si bien este tratamiento se hace necesario, no es suficiente; la participación activa de la familia y del niño en una psicoterapia sería la mejor opción para mejorar no sólo los síntomas sino las causas subyacentes de la enfermedad. (Sadock & Sadock, 2004).

Tratamiento combinado

Este modelo holístico emplea diversas técnicas de los distintos modelos con el fin de potenciar los efectos logrados por las terapias tradicionalmente empleadas, asegurar el mantenimiento y generalización de los resultados obtenidos, y al mismo tiempo, reducir los costos terapéuticos observados en términos de efectos secundarios, consecuencias no deseadas y complejidad de las intervenciones (Pelma y Murphy en Caballo, 2002). En los trastornos de ansiedad se utilizan los modelos psicofarmacológico, cognitivo-conductual, psicoeducativo y familiar, si así se requiere, con el fin de lograr un abordaje integral.

La intervención específica desde el modelo combinado para este trastorno se ha estudiado desde hace algunas décadas y a partir de diversos enfoques. Según Rodríguez y Martínez citados por Caballo (2005), la terapia cognitivo-conductual en combinación con la farmacológica han tenido gran desarrollo en lo referente al manejo de los trastornos de ansiedad infantil.

La intervención familiar en ésta clase de trastornos se enfatiza tanto en los niños como en sus padres acerca de la importancia de una comunicación sincera de sus pensamientos y sentimientos.

De acuerdo con lo planteado por Carlos Gómez et al, incluye 3 aspectos importantes a trabajar: el control farmacológico de los síntomas, los abordajes psicoterapéuticos (terapia cognitivo – conductual) y el manejo ambiental. Los dos primeros han sido citados por Caballo y planteados de la misma forma por ambos autores, sin embargo, Gómez y colaboradores añaden un aspecto básico como lo es el manejo ambiental en el cual se incluyen a los grupos de autoayuda y los psicoeducativos, con el fin de informar acerca de los psicofármacos, los síntomas premonitorios, técnicas de relajación, métodos de convivir, tolerar o sobrevivir al estrés cotidiano, y con los grupos de autoayuda lo que se pretende es

ofrecer y recibir solidaridad compartiendo con otros la experiencia dolorosa y los métodos para sobrellevarla, permitiendo aumentar el apoyo que todo ser humano necesita.

Ventajas y desventajas: La implementación de este modelo permite un abordaje integral favoreciendo la eficacia de la intervención ya que tiene en cuenta los diversos contextos en el que se desenvuelve el niño; la efectividad de los tratamientos combinados en especial cuando todos los actores están comprometidos en el caso, se ha comprobado con investigaciones y a nivel empírico. Cuando existe un desorden afectivo infantil y el abordaje es integral, se logra superar no sólo el trastorno de ansiedad sino que a la vez mejora notablemente el funcionamiento del niño a nivel escolar, familiar y social.

En el enfoque del modelo combinado no se plantean desventajas desde su aplicación, puesto que no hay evidencias de estudios que así lo sustenten; sin embargo, es innegable que en este modelo se requiere el compromiso decidido de varios actores en el proceso como lo son los padres, la familia extensa y los docentes de aula, lo cual hace de la terapia un espacio difícil de abordar.

REFERENCIAS

- Aberasturi, A. (1970) *Teoría y Técnica del Psicoanálisis de Niños*.
- Arango, J.C., Jiménez, M. *Tratamiento de la fobia social en niños y adolescentes* (s.f.). Consultado el 25 de Junio de 2008 En <http://www.psycologia.com/>.
- Bragado, C. *Terapia de conducta en la infancia: trastornos de ansiedad*. Madrid. Fundación Universidad-Empresa. 1994.
- Caballo, V. (2005) *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos*. Ediciones Pirámide.
- Caballo, V. (2002) *Manual de psicología Clínica Infantil. Trastornos Generales*. Editorial Pirámide, Madrid.
- Caballo, V., Simon, M. (2002). *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente: trastornos generales*.
- Dahab, J., Minici, A., y Rivadeneira, C. *Trastornos de Ansiedad, Técnicas para su Eliminación, Reducción y Manejo*. Consultado el 17 de Junio de 2008 en: <http://www.cognitivoconductual.org/articulos/ansiedad.htm>
- DSM-IV-TR. (1995). *Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Coordinador de la edición española: Manuel Valdés Miyar. Ed. Masson, Barcelona.
- Echeburúa, E. (1995). *Trastornos de ansiedad en la infancia*. Madrid. Ediciones Pirámide.
- Estudio Nacional de Salud Mental 2003. Consultado el 22 de Marzo de 2008 en: www.abacolombia.org.co/postnuke/modules.php?op=modload&name
- Ferro, A. (1998). *La técnica en el Psicoanálisis Infantil: el niño y el analista. De la razón al campo emocional* España: Biblioteca Nueva. Consultado el 19 de Junio de 2008 en: http://webview.puj.edu.co/olib//help/timed_out_page.html
- García, V. (s.f.). *Miedos en la Infancia. Ansiedad Escolar*. Consultado el 1 de Junio de 2008 en: <http://www.elrincondelmaestro.com/materiales/>
- Gómez, C., Gabriel, H, Bayona, G. , Rojas, A , Santacruz, H., Uribe , M. (2002) *Fundamentos de Psiquiatría Clínica: Niños, Adolescentes y Adultos*. 1ed. Colombia: CEJA, Centro Editorial Javeriano
- González, A. Jiménez, S. (2000). *Tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos obsesivo-compulsivo*. I congreso virtual de psiquiatría. Consultado el 19 de octubre de 2007 en: <http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa41/>
- Jakes, Ian. (2001) *Enfoques teóricos del trastorno obsesivo-compulsivo*. España: Desclee de Brouwer
- Ledoux, J. E. (1994). *Emoción, memoria y cerebro*. *Investigación y Ciencia* (215), 38-45

- Manual de Psicoterapia Cognitiva. Consultado el 10 de Julio de 2008 en <http://www.psicologia.nu/online.com/>
- Obst C, Julio. *La terapia cognitiva de Aron T. Beck*. Consultado el 22 de Marzo de 2008 en: <http://www.catrec.org/BECK.htm>
- Ontiveros, M y Chávez, E. (2005). *Un Caso Clínico de Trastorno Obsesivo Compulsivo*. Consultado el 12 de Julio de 2008 en: <http://scholar.google.com.co/>
- Reca, T. (1977) *Problemas Psicopatológicos en Pediatría* .5º EDICION Editorial Universitaria, Buenos Aires.
- Rozados, (s.f.). *Terapia Cognitivo Conductual*. Consultado el 25 de Junio de 2008 en <http://www.depresion.psicomag.com//>
- Ruiz, J., Imbernon, J. (1996). *Como afrontar los problemas emocionales con Terapia cognitiva*. Psicologíaonline. Ubeda. Consultado el 19 de Octubre de 2007 en: www.psicologia-online.com/
- Ruiz, J., Cano, J. (s.f.). *Las Psicoterapias. Introducción a las orientaciones psicoterapéuticas para profesionales sanitarios*. Consultado el 22 de Marzo de 2008 en: <http://www.psicologiaonline.com>
- Sandín, B., (1997). *Ansiedad miedos y fobias en niños y adolescentes*. Madrid: Dykinson editores.
- Spanglet, M. *Resumen sobre Metodología ABBA*. Basado en la conferencia ocurrida en Chicago, Illinois, en Abril del 1999. Consultado el 22 de Marzo de 2008 en: <http://www.geocities.com/Heartland/Village/8635/artmariah.html>
- Sadock, B & Alcott Sadock, V (2004). *Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la Conducta y psiquiatría Clínica*. (9 ed) España: Ediciones Waverly Hispánica S.A.
- Wikinski, S., 2005. *El Tratamiento Farmacológico en Psiquiatría*. Ed conicet. Consultado el 6 de Julio de 2008 en: www.psiquiatria.com/areas/

2.5.2 DEPRESIÓN INFANTIL

La depresión infantil y juvenil es una entidad patológica de reciente aparición en la literatura en el mundo actual, por cuanto las investigaciones y enfoques existentes se dirigen fundamentalmente a la edad adulta. Es innegable que las condiciones de vida actuales son factores que pueden ser desencadenantes de un tipo de trastorno como el mencionado y más aún cuando las cifras de suicidio en niños y jóvenes de la UNESCO van paulatinamente en aumento no sólo en Colombia sino a nivel mundial (De Zubiría, 2007). Personal de la salud, de la educación y los padres de familia no pueden ser ajenos a esta problemática y es por eso que numerosos investigadores y clínicos están dirigiendo sus esfuerzos a mejorar la salud mental de la población; muchos niños y jóvenes sufren incompetencias afectivas graves por la carencia de vínculos con las personas más significativas como son sus padres, maestros y amigos, lo que trae funestas consecuencias en su vida social y familiar que en últimas puede desencadenar un problema depresivo y en casos extremos, el niño empieza a presentar ideas o actos suicidas que muchas veces pasan desapercibidas.

Gullestad (2003) en su artículo “Comentario a algunos subtipos de depresión, sus interrelaciones y consecuencias para el tratamiento psicoanalítico” menciona que hoy, la depresión es el trastorno psicológico más extendido, se ha denominado el “resfriado común” de la enfermedad mental. La depresión parece ir en fuerte aumento, las personas nacidas después de 1970, al parecer tiene 10 veces más posibilidades de deprimirse que sus abuelos (Rosenhan & Seligman, 1984). El índice de prescripción de medicamentos para condiciones depresivas está aumentando paulatinamente a nivel mundial.

Hernández (2006) se sustenta que la comunidad científica soportó por mucho tiempo la no existencia de la depresión en niños. Hacia los años 40 algunos profesionales clínicos vieron la necesidad de ponerlo en discusión al observar a menores con sintomatologías depresivas; de esta forma refutaron la no existencia de este trastorno en la infancia; con esto algunos autores como Alkerson (1942), Spitz (1945) y Bowlby (1951) citados por el mismo autor, entre otros, presentaron estudios que daban cuenta de la aparición de características relacionadas con este trastorno en menores, haciendo uso de experimentos con monos donde los separaban de sus madres observando comportamientos afines a la depresión, denominando así, esta situación como depresión anaclítica y consecuente con esto, contextualizándola en los niños; fue así como se logró posicionar la posibilidad de

estudiar síntomas en los infantes, lo cual fue avalado por la National Institute of Mental Health (Instituto Nacional de Salud Mental), como concepto y entidad psicopatológica.

En la actualidad aún no es común el diagnóstico de la depresión infantil y más aún cuando su sintomatología puede ser confundida con la de otros trastornos; sin embargo en esta revisión se realiza un recorrido por los diferentes enfoques que han aportado sus trabajos de observación sobre las conductas depresivas específicamente en la infancia. En este recorrido se destacan las corrientes psicoanalítica, cognitivo-conductual, biomédica, sistémica y los aportes de la pedagogía afectiva propuesta por Miguel de Zubiría. Es importante señalar que en la revisión bibliográfica realizada se ha encontrado evidencia de comorbilidad con otros trastornos. En el DSM IV (1995) se habla de síntomas y trastornos asociados, refiriendo que en los niños con depresión mayor puede presentarse una ansiedad por separación. Algunas veces, los niños con un trastorno por déficit de atención con hiperactividad presentan síntomas depresivos como baja autoestima y tolerancia a la frustración.

En los niños prepuberales los episodios depresivos mayores se presentan con más frecuencia de forma simultánea con otros trastornos mentales (especialmente trastornos de comportamiento perturbador, trastornos por déficit de atención y trastornos de ansiedad). En los adolescentes los episodios depresivos mayores suelen ir asociados a trastornos disociales, trastornos por déficit de atención, trastornos de ansiedad, trastornos relacionados con sustancias y trastornos de la conducta alimentaria.

Partiendo del concepto del DSM IV: “La sección de los trastornos del estado de ánimo incluye los trastornos que tienen como característica principal una alteración del humor. Los trastornos del estado de ánimo están divididos en trastornos depresivos como: depresión unipolar, trastornos bipolares y dos trastornos basados en la etiología: trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica y trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias. Los trastornos depresivos (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado) se distinguen de los trastornos bipolares por el hecho de no haber historia previa de episodio maníaco, mixto o hipomaniaco. Los trastornos bipolares (p. ej., trastorno bipolar I, trastorno bipolar II, trastorno ciclotímico y trastorno bipolar no especificado) implican la presencia (o historia) de episodios maníacos, episodios

mixtos o episodios hipomaniacos, normalmente acompañados por la presencia (o historia) de episodios depresivos mayores”.

Según García (2003), se ha encontrado que los dos tipos más comunes de depresión en los niños son el trastorno depresivo mayor y el trastorno distímico. El trastorno depresivo mayor (a veces denominado depresión unipolar) se caracteriza por presencia la mayor parte del día, casi cada día, durante al menos dos semanas consecutivas, de estado de ánimo triste o irritable, o de pérdida de la capacidad para disfrutar de actividades que antes eran placenteras. El trastorno distímico o distimia es un tipo de depresión de leve a moderada, que dura por lo menos dos años y que incluye síntomas depresivos no tan incapacitantes como los del trastorno depresivo mayor, pero que, sin embargo, son muy prolongados, crónicos, e interfieren también en el funcionamiento y el bienestar del niño. Se caracteriza por la presencia durante un período mayor a un año de un estado de ánimo triste o irritable prácticamente a diario y la presencia adicional de al menos dos de los siguientes seis síntomas: baja autoestima, pesimismo o desesperanza, pérdida o aumento de apetito, cambios en el patrón de sueño, falta de energía o fatiga, y dificultad para concentrarse o tomar decisiones.

Otros autores coinciden con esta clasificación, pero adicionan a estos el trastorno bipolar, el cual según Puerta (s.f.) presenta características como: grandiosidad o autoestima inflada, sueño disminuido, locuacidad o apremio por hablar, fuga de ideas o pensamiento acelerado, distractibilidad, actividad aumentada o agitación psicomotriz, participación excesiva en actividades placenteras con potencial para consecuencias dolorosas. Se observa a diferencia de los adultos un estilo mixto o por ciclos, de una duración más corta entre estados de depresión y manía, alternándolas al mismo tiempo mientras que para el adulto son de fluctuación más amplia, siendo el último más identificado con conductas de irritabilidad y/o agresividad y más crónicas que episódicas.

Es importante considerar que los niños y los adolescentes manifiestan la depresión de diferente manera a la de los adultos. De Zubiría (2007) menciona: “Los adultos se ponen tristes, los jóvenes irritables; los jóvenes tienen fluctuaciones anímicas mientras que los adultos son más uniformes; los jóvenes sufren más de exceso de sueño que de insomnio; los jóvenes son más proclives a quejarse de malestar físico; los jóvenes se ponen violentos

con más frecuencia que los adultos; es más frecuente que los jóvenes deprimidos expresen verbalmente su deseo de estar muertos o hablen sobre el suicidio”.

De otro lado, Basile (2002), menciona que uno de los mayores riesgos en la depresión en el adolescente es el intento suicida. En este artículo se mencionan algunos aspectos como las características generales del perfil juvenil con mayor riesgo suicida: mayor predominancia en el sexo masculino, así como en las franjas de edad entre los 10 a 14, 15 a 19, y de los 20 a los 24 años.

Entre los factores asociados al suicidio, se encuentran: la presencia de una enfermedad incurable y las afecciones dolorosas crónicas. A nivel psicopatológico lo describen como: Depresión asociada con desesperanza más que al grado de intensidad de la depresión, ideación suicida, impulsividad, retraimiento, soledad, desarraigo, irritabilidad y hostilidad, déficit de adaptación, sadismo, masoquismo, stress, falta de expectativas, es frecuente el suicidio castigador, idea de castigo hacia fuera, una forma de expiar las propias culpas e instalarlas en otros, sentimiento culposo “por salirse de la norma” y el consiguiente castigo social (por homosexualidad, cometer delito, pertenencia de sectas, etc.), crisis conductual (conductas antisociales como la agresión o la violencia externalizados o internalizados), alcoholismo, drogadicción (el 60% de los casos de suicidio se vincula con alcohol o drogas, lo que no significa que sean alcohólicos o drogadictos).

También se resalta la posibilidad de la presencia de enfermedades mentales severas como esquizofrenia, trastornos bipolares, delirios y trastornos de personalidad. Además, se relaciona con una perturbación del medio familiar caracterizado por inestabilidad y desorganización, incomunicación familiar, disputas interpersonales, padres separados o muertos, malas relaciones con su pares, problemas de estudio o de trabajo, dificultad y separación de la pareja, maltrato infantil, violación, abuso sexual realizado por un familiar, falta de comunicación con padres y hermanos, familiares que se han suicidado, jóvenes en prisión y conductas antisociales.

También se asocian factores ambientales y sociales como: vida urbana, rupturas afectivas significativas, “cultura de la muerte” (difusión explícita de conductas violentas, vivir situaciones de guerra, etc.), aislamiento (encarcelamiento, encerramiento), inseguridad social, crisis económicas, desempleo juvenil, marginación. Por otra parte, relacionan el suicidio con afiliaciones religiosas como: disminución del apego a creencias y utopías, más

frecuente en budistas que en islámicos, más frecuente en protestantes que en católicos. Finalmente, el suicidio es asociado con otros factores importantes como: accesibilidad a las armas y difusión de suicidios de personajes a través de los medios de comunicación.

De esta manera se da explicación al suicidio como uno de los grandes riesgos que se ha ido incrementando para la infancia y aún más para los niños o adolescentes que presentan síntomas depresivos.

En los siguientes apartados se abordarán los enfoques de intervención más sobresalientes para la depresión infantil; es importante mencionar que los datos disponibles en la bibliografía consultada en cuanto a la intervención, son bastante similares al tratamiento con adultos.

Enfoque psicoanalítico

Se han encontrado amplias descripciones sobre la depresión desde el enfoque psicoanalítico, a pesar de que Sigmund Freud (inventor del psicoanálisis), no habló específicamente de este tema, pero se refirió a términos como duelo, pérdida y melancolía que se relacionan específicamente con la depresión (Naranjo, s.f.).

En cuanto a la comprensión de la depresión infantil como tal, en primera instancia, se evidencia la importancia que se le da a la familia, específicamente a las relaciones de padres e hijos. Por lo general, la madre desde muy temprana edad atiende las necesidades de su hijo depresivo y este se arraiga a recibir de igual forma dichas atenciones por parte de su progenitora. Aproximadamente, a partir del segundo año de vida los padres modifican sus condiciones de atención hacia su hijo otorgándole responsabilidades y pidiéndole que con estas se haga merecedor de su atención, lo que produce en el menor una situación traumática. Desde el psicoanálisis es posible refutar la creencia inicial, y quizá aún latente, de que el niño no tiene ninguna responsabilidad y por ende, no experimenta preocupación alguna, como se ha expuesto; los padres poco a poco van exigiendo a sus hijos cierto grado de compromisos que deben cumplir y de esta manera “merecer” el afecto que está recibiendo. Ahora bien, en algunos casos de depresión en el adulto, se encontró que para cuando se llega a la época del destete, el abrupto cambio de los padres hacia los hijos, ya se ha producido. “El niño hasta entonces amamantado por su madre, se ve bruscamente

privado de la leche materna. No se utilizan los biberones, tetinas de goma ni chupetes, forzándolo a hacer una brusca transición del pecho a la taza. En un reducido número de pacientes, esta pérdida del pecho tiene una importancia decisiva” (Arieti, S. 1981), relacionándolo con lo descrito se puede inferir que la ruptura, si el manejo que se hace no es adecuado y a una edad favorable, se puede generar la ansiedad por separación y como consecuencia llegar a un estado depresivo, es decir, el enfoque psicoanalítico otorga gran importancia a la relación con los padres o sustitutos, a la separación de personas amadas y a características y antecedentes familiares como determinantes en la presencia de sintomatología depresiva en los niños.

Arieti, (1981) menciona que Freud (1917) sugirió que el retiro de amor, aprobación o apoyo por parte de uno de los padres o su sustituto parental en un periodo importante del desarrollo, predispone al individuo a la depresión; según Abraham (1916), citado por el mismo autor, el retiro de amor en épocas muy tempranas de la infancia y la fijación a la etapa oral, preparan el terreno para una ulterior depresión”.

En el tratamiento se encuentran diferentes propuestas que tienen como objetivo terapéutico eliminar o disminuir la fuente de frustración por una parte, y por la otra, constituir o realizar las áreas de gratificación y estima. De ahí que con niños pequeños es necesario un cierto grado de manejo externo y participación de la familia. Se menciona entonces como un tipo de tratamiento: “la reeducación de los padres” (Harms, E. 1964), que tiene como objetivo la reconstrucción positiva de la esfera interior de experiencias. La tarea terapéutica pretende normalizar la relación del niño y sus padres, y obtenerse de estos una readaptación. Confirmando de esta manera, la importancia que se le da al papel de la familia, especialmente de los padres en la aparición de la depresión infantil y en consecuencia, la necesidad de involucrarlos en la intervención terapéutica.

Aberasturi (1984) explica las bases teóricas de la técnica psicoanalítica que tuvo sus raíces en la creada por Melanie Klein para el análisis de niños, con variadas modificaciones de acuerdo con su propia experiencia. Retoma, por una parte, la importancia del juego en el desarrollo del proceso de intervención y por otra, y de manera reiterativa el papel de los padres desde el inicio de las problemáticas que se presentan en los niños como en su tratamiento.

En la aproximación de Ernest Harms, el tratamiento se centra en explorar experiencias pasadas y causas de los problemas actuales, llevándolo al niño a un proceso de reconstrucción que permita comprender y dar un especial énfasis en la necesidad de desarrollar actividades independientes como significado de autonomía, además de adquisición de seguridad necesaria para abrirse a nuevas experiencias y establecer un equilibrio diferente basándose en pautas más reales. Pueden ser utilizadas, para mejorar el concepto de sí mismos, la comprensión y apreciación de sus capacidades.

En congruencia con lo mencionado anteriormente, es importante señalar que Gullestad (2003), afirma que la teoría psicoanalítica subraya que existe una línea borrosa entre la normalidad y la denominada anormalidad en cuanto a depresión se refiere, no existe un punto divisorio claro entre los estados depresivos normales y lo que podría llamarse un trastorno depresivo clínicamente significativo. El psicoanálisis enfatiza los procesos de pérdida y duelo como parte del desarrollo normal. Conceptos como “desilusión” y “posición depresiva” dan testimonio de esto. En realidad, en el psicoanálisis se considera la capacidad para contener el dolor, la tristeza y los estados melancólicos como una expresión de madurez emocional y por lo tanto la contención del afecto disfórico tiene una significación adaptativa. También los procesos de duelo pueden ser una precondition para la creatividad. Desde esta perspectiva, el objetivo del tratamiento psicoanalítico de la depresión se muestra radicalmente diferente del de la terapia cognitiva. Mientras que ésta aspira a modos de pensamiento *correctores*, el tratamiento psicoanalítico aspira a una mayor tolerancia de los estados afectivos propios.

En los niños que tienen como característica el mutismo, se utilizan estrategias terapéuticas que incluyen el juego y el dibujo. Para Reca (1977) “el juego es la forma de expresión del niño, “es el lenguaje de la niñez y los juguetes son sus palabras”, esta actividad permite canalizar las fuerzas de su desarrollo, permite asimilar lo real, revivir las experiencias vitales por simple placer o compensar la realidad displacentera, realizando aquellos deseos que no son permitidos, o solucionar y expresar conflictos emocionales” . A su vez, menciona que el juego es evolutivo, madura a la par con el sistema nervioso y el terapeuta de esta manera busca la forma de intervenir su conducta, especialmente en el tipo de juego simbólico que aparece de los 2 a los 10 años de edad; mediante la técnica del juego el niño va desarrollando fortalezas para enfrentarse a la vida a través del desarrollo de la creatividad,

la socialización, solución de conflictos de la vida cotidiana, organización, simbolismo, aprendizaje de reglas, expansión de la personalidad y asimilación de la realidad.

Sadock & Sadock (2004) mencionan que una de las técnicas importantes del psicoanálisis para la intervención terapéutica en niños lo constituye la *interpretación*, que consiste en la interpretación de fenómenos psicológicos que antes no eran significativos para el niño ni para sus padres; en él se tienen en cuenta los conflictos actuales y los hechos pasados que influyen en ellos. Para Freud la interpretación de los sueños es una estrategia muy valiosa para llegar al inconsciente al surgir éstos de los restos diurnos de experiencias y ser una manera de dominar la ansiedad de los acontecimientos vitales, pero es importante tener en cuenta que es limitada la interpretación de los sueños en niños pequeños y de bajo nivel de verbalización.

Ventajas y desventajas: Considerando los tratamientos terapéuticos propuestos por diferentes autores del enfoque psicoanalítico, se establecen como ventajas:

- La importancia que se le da al papel de los padres tanto en el inicio de la depresión infantil como en su tratamiento, dándoles mayor participación en el proceso de intervención, permitiendo un diálogo acertado entre lo que se aborda en el consultorio y lo que se vivencia en el hogar de una manera coherente.
- El uso del juego como técnica importante siendo éste la actividad principal del niño.

Sin embargo, se puede considerar como desventajas:

- El terapeuta debe ser experto en el enfoque psicoanalítico y tener experiencia reconocida en niños.
- Los altos costos económicos y en tiempo de la psicoterapia.
- La facilidad para que las personas deserten del tratamiento y la complejidad del mismo.

Enfoque conductual

Caballo (1997) expone que los autores conductistas establecen la importancia del medio en el origen de la depresión infantil. Skinner (1953) por su parte, propone: “la depresión como un proceso de extinción operante, es decir, el cese del refuerzo produce la reducción de las conductas previamente reforzadas, concepto a partir del cual, este enfoque va enmarcando sus lineamientos en depresión infantil, desde diferentes autores que han ido dando sus aportes”. Fester (1973) considera que los niños con depresión se enrabetan, lloran o se quejan con mayor frecuencia, intensidad o duración que los que no están deprimidos,

manifestando así que las conductas características de la depresión se distinguen más cuantitativa que cualitativamente de los comportamientos de otros niños. Por otra parte, los parámetros de las conductas adaptativas, como jugar, relacionarse con amigos o estudiar, están por debajo de lo esperado para su grupo de edad.

Lewinsohn (1974), citado por Caballo (2001) propone que la causa principal del síndrome depresivo, es la baja tasa de refuerzo positivo con la respuesta, que se explica por una o varias de las siguientes razones: los potenciales eventos para el niño son escasos, poco intensos y/o variados, la disponibilidad de refuerzos en el medio es escasa, las habilidades del niño, especialmente las sociales, para obtener refuerzos del medio son deficitarias. Cuando se dan estas condiciones, aparecen las respuestas depresivas como disforia, fatiga y otros síntomas somáticos o pasividad. El bajo nivel de refuerzo positivo explica la poca actividad del niño con depresión, cuya conducta adaptativa está sometida a un programa de extinción. En una primera fase, los amigos, la familia y otras personas de su entorno social prestan mucha atención y proporcionan muestras de simpatía y apoyo al niño, reforzando socialmente el llanto, las quejas o sus expresiones verbales de auto-culpa.

En cuanto al tratamiento conductual de la depresión infantil (Murillo, Torrico, Serrano & Vivar, 2007) se menciona que la terapia conductual intenta modificar los patrones de conducta desadaptados mediante la aplicación de los principios del aprendizaje, al manipular las recompensas y castigos ambientales. Las principales características de la terapia conductual son:

- Centramiento en la conducta observable.
- Evaluación cuidadosa de la conducta a modificar.
- Control y evaluación de los efectos del programa en la alteración de la conducta.
- Interés por los cambios conductuales socialmente significativos.

La modificación de la conducta se lleva a cabo mediante técnicas derivadas del condicionamiento clásico y técnicas del condicionamiento operante. En el condicionamiento clásico los estímulos provocan respuestas automáticas, mientras que en el condicionamiento operante las conductas se controlan mediante la alteración de las consecuencias que les siguen. Las técnicas del condicionamiento clásico son: la asociación de estímulos y la conducta refleja, la desensibilización sistemática y la imaginación emotiva.

Las técnicas del condicionamiento operante son: el refuerzo positivo, el refuerzo negativo, el castigo, la extinción, el autocontrol y la retroalimentación.

En la actualidad se ha buscado desarrollar en el niño la autonomía en todos los aspectos de la vida, por tanto es importante ampliar lo relacionado con la estrategia del *Autocontrol* como parte importante del tratamiento de la depresión: el autocontrol consiste en la aplicación de los medios terapéuticos por el propio niño, de acuerdo con lo convenido con el terapeuta, llevando así mismo el control de sus resultados; se ha demostrado ampliamente su eficacia al proporcionar confianza y responsabilidades al niño, el niño puede ser más exigente con él mismo frente a los resultados, actúa de terapeuta de él mismo aplicando sus propios refuerzos o castigos y se ha comprobado que los resultados son más estables y duraderos al crear hábitos. El autocontrol presenta una serie de modalidades que, en determinadas circunstancias, llegan a constituir técnicas por sí mismas: la autoobservación, el autorrefuerzo y el autocastigo, la autorregulación, el autocontrol de estímulos, la autoinhibición recíproca y el autotratamiento (Murillo et al., 2007).

Lewinsohn et al, (1985) citado por Caballo (2001) plantearon que las teorías conductuales y cognitivas de la depresión habían sido demasiado limitadas y simples. Propusieron un modelo integrado, multifactorial, de la etiología y mantenimiento de la depresión que intenta reflejar la complejidad de este trastorno.

Ahora bien, los mismos autores desarrollaron un programa conductual estructurado en doce sesiones, dirigido a cambiar la calidad y la cantidad de las interacciones de los pacientes deprimidos con sus entornos, que puede adaptarse para el abordaje con niños y adolescentes que presentan este trastorno. En el programa se abordan unas tácticas de aprendizaje social organizados en tres categorías de la siguiente manera:

Intervenciones ambientales: son muy útiles cuando el entorno del paciente está muy empobrecido y/o es altamente aversivo, o cuando el individuo tiene pocos recursos personales: cambios ambientales y manejo de las contingencias.

Entrenamiento en habilidades: se centra en enseñar a las personas deprimidas habilidades que puedan emplear para cambiar los patrones problemáticos de interacción con el ambiente, así como aquellas que necesiten para mantener estos cambios después de terminar el proceso terapéutico:

- Métodos de cambio por uno mismo: Especificación del problema, autoobservación y “establecimiento de la línea base”, descubrimiento de los antecedentes, descubrimiento de las consecuencias, establecer un objetivo útil, autoreforzo, evaluación del progreso y planificación del tiempo.
- Habilidades sociales: Aserción, estilo interpersonal de la conducta expresiva y actividad social
- Relajación
- Manejo del estrés.

Habilidades cognitivas: Tratan de facilitar cambios en la forma en que los pacientes piensan sobre la realidad.

- Disminución del pensamiento negativo por medio de la interrupción del pensamiento, tiempo para la preocupación, procedimientos de habla con uno mismo, identificación y cuestionamiento de los pensamientos irracionales.
- Aumento de los pensamientos positivos por medio de la instigación, del darse cuenta de los logros, de pensamientos positivos de auto-refuerzo, de proyecciones en el tiempo.

El manejo de contingencias es otra clase de intervención ambiental, puesto que además de enseñarles a tener de manera conciente pensamientos más positivos, a aprender a no tomarse las situaciones de manera personal y a prepararse para los encuentros aversivos. El terapeuta puede enseñar a los miembros de la familia a prestar atención y a dar alabanzas y afecto físico contingente a las conductas adaptativas e ignorar las conductas depresivas. El entrenamiento en habilidades cognitivas trata de facilitar cambios en la forma en que los pacientes piensan sobre la realidad. El objetivo final del tratamiento de la depresión consiste en fomentar la capacidad del paciente para mantener su nivel de estado de ánimo y prevenir la depresión futura.

Técnicas: registro diario a partir de la observación diaria y entrenamiento en la relajación, donde se les enseña a familiarizarse con los principales grupos de músculos y cómo tensarlos y relajarlos, además, enfrentarse con los acontecimientos aversivos, que consiste en enseñarlos a estar más relajados en situaciones específicas en las que se sienten más tensos. Actualmente los investigadores y clínicos conductuales tienen que evaluar a los individuos deprimidos en el contexto de su ambiente.

Ventajas y Desventajas: Como ventajas del enfoque conductual en la depresión infantil se encuentran:

- Contiene variadas técnicas para utilizar con los niños lo que hace ameno el tratamiento.
- A los niños les agrada mucho el uso de reforzadores tangibles y no tangibles.
- Es eficaz en la medida en que se aplique con rigurosidad.

Como desventajas es posible mencionar:

- Existe mayor documentación para la depresión en adultos.
- Busca mejorar más la sintomatología del estado de ánimo que otros aspectos de la conducta infantil.
- Hay mayor dificultad en la autoevaluación en niños pequeños.
- Existe poca validación de las pruebas para el diagnóstico e intervención en la infancia.
- Se han calificado como técnicas muy frías y primitivas.
- Se ha dicho que los resultados son poco duraderos en el tiempo por cuanto ataca los síntomas más que las causas en la intervención.
- Requiere de gran rigurosidad y alto compromiso por parte de los padres y cuidadores por lo cual el tratamiento podría fracasar.

Enfoque cognitivo-conductual

Albert Ellis, psicólogo y padre de la terapia racional emotiva (TRE), fue el precursor de la terapia cognitivo-conductual. Es un enfoque pragmático, cuyo objetivo principal en la intervención en depresión infantil consiste en la desaparición de los síntomas o de los problemas por los cuales el niño asiste a consulta mediante el afrontamiento y reelaboración de los mismos; después de realizada la evaluación, la cual consiste en una formulación clínica detallada de los factores predisponentes, precipitantes y mantenedores de la problemática y de las contingencias que han sido establecidas por él (refuerzo, castigo), el terapeuta diseña un plan consistente organizado en un cronograma de intervención y basado en técnicas y ejercicios que propone al paciente y que se llevan a cabo en colaboración mutua como un equipo de trabajo, siguiendo una serie de pasos sistemáticos racionalmente pensados para alcanzar las metas propuestas durante la evaluación. Se resalta que, bajo el enfoque cognitivo – conductual, tanto paciente como terapeuta cumplen un papel activo y dinámico donde el trabajo y compromiso de ambos en el cumplimiento del plan de intervención establecido, marca la pauta para alcanzar el éxito en el manejo de los síntomas ya que además, implica generalmente, técnicas de afrontamiento y

reestructuración que dependen del deseo real del paciente para lograr modificación en él.
(Rivadeneira, Minici y Dahab, s.f.)

La TCC se basa en los siguientes principios (Callejas. s.f.):

- Está orientada hacia el presente, se dedica más al qué que al por qué.
- La relación terapeuta-paciente es de colaboración y el enfoque es didáctico.
- Tiende a fomentar la independencia del paciente.
- Está centrada en los síntomas y su resolución.
- Se definen, de manera conjunta (paciente – terapeuta) los objetivos concretos a lograr, y se establecen las metas terapéuticas.
- Rechaza el principio de sustitución de síntomas.
- Pone énfasis en el cambio, desafía la posición del paciente, sus conductas y sus creencias; promueve el autocuestionamiento y la autoobservación
- Se centra en la resolución de problemas.
- Propone una continuidad temática entre las sesiones.
- Desmitifica la terapia.
- Tiene una base empírica y trabaja con la participación activa del paciente.
- Utiliza terapias a corto plazo y planes concretos de tratamiento.
- Pone énfasis en la cuantificación y se pueden medir los progresos obtenidos.

Desde los postulados de este enfoque, el niño que desarrolla una depresión mediante diferentes eventos, a lo largo de su desarrollo ha conformado esquemas cognitivos disfuncionales a través de los cuales está elaborando (procesando) las situaciones actuales tras la presencia de un factor desencadenante, o al conformar un ciclo de retroalimentación negativo con las contingencias del ambiente donde le son reforzados los síntomas propios de depresión, la experiencia le ha indicado que es una persona poco merecedora de afecto y de reconocimiento, que la vida está conformada por desgracias y problemas y que no hay esperanza hacia el futuro. Se generan entonces pautas de pensamiento irracionales o

esquemas cognitivos inadecuados. Posteriormente, los esquemas se activan en circunstancias similares y aparece la tríada cognitiva de la depresión, o visión negativa de uno mismo, del mundo y del futuro, que causa los síntomas de la depresión: “afectivos (disforia, ansiedad, etc.), motivacionales (poca fuerza de voluntad, deseos de escape y evitación, etc.), cognitivos (indecisión, problemas de atención y memoria, distorsiones cognitivas, etc.), motores (pasividad, dificultades en las relaciones sociales, etc.), y fisiológicos (insomnio, pérdida de apetito, etc.)” (Caballo, 2002).

Se han encontrado diferentes técnicas del enfoque cognitivo conductual para el tratamiento de la depresión, muchas de ellas aplicables a los niños:

Técnicas conductuales: Programa de actividades agradables (actividades de placer vs. actividades de dominio), Control de estímulos (modificación de contingencias), Modificación de la conducta social, utilización de la familia como terapeuta (tras sesiones psicoeducativas con los cuidadores del niño presentando la formulación clínica obtenida), Programa de economía de fichas, Autorreforzamiento, Modificación de la conducta verbal, al eliminar las autoverbalizaciones despreciativas, Entrenamiento en Asertividad y Habilidades Sociales (buscando que alcance, con mayor facilidad y efectividad, refuerzo por parte del medio), Inoculación del estrés.

Técnicas cognitivas: Terapia Racional Emotiva (Diálogo Socrático, Flecha Descendente y Estimación de Probabilidades), Modelo Cognitivo de Depresión de Beck, Confrontación Activa de Esquemas Disfuncionales Identificados, Pruebas de Realidad o Experimentos Conductuales, Reatribución de Culpa buscando atender las alteraciones en atribución de causalidad, Resolución de problemas.

La terapia cognitiva es un modelo de colaboración, puesto que uno de sus objetivos principales es que la persona adquiera la capacidad de abordar las cogniciones y las conductas por sí misma. El curso de la terapia tiene que empezar con ver un aumento de la capacidad de la persona para establecer la dirección, el contenido y el ritmo de la terapia. La terapia cognitiva de la depresión consiste en un modelo de afrontamiento o de adquisición de habilidades, en vez de un modelo de curación. Los esquemas no se erradican, sino que se modifican. El terapeuta ayuda a la persona a desarrollar un rango de estrategias conductuales y cognitivas de afrontamiento para las exigencias presentes y futuras de la vida, y de esta forma modificar el estado de ánimo.

Burns (2004) menciona que al implementar la terapia cognitiva - conductual en trastornos depresivos en la infancia, debe tenerse en cuenta:

- Una secuencia de acción que permita organizar un orden lógico para abordar la problemática y manejar los síntomas presentes.
- Charla psicoeducativa dirigida a los padres y/o cuidadores primarios del niño.
- Formulación clínica enfatizando en el análisis funcional establecido para el caso puntual del paciente y explicación de la realización de registros de conducta los cuales implican la necesidad de identificación de los propios pensamientos.
- Presentación completa de plan de tratamiento organizado debe ser presentada tanto al niño como a sus padres.
- Al inicio de cada sesión de intervención es necesario realizar una síntesis de lo trabajado durante la sesión anterior,
- Presentación de la agenda de sesión al niño
- En cada sesión se revisan las tareas solicitadas al paciente durante la sesión anterior (autoregistro organizado en cuatro columnas básicas: situación, pensamiento, conducta, sentimiento) para ser trabajadas de forma conjunta paciente – terapeuta abordando cada situación indicada y reelaborando mediante técnicas propias de reestructuración, los pensamientos automáticos señalados y los esquemas cognitivos que vayan presentando.

De esta manera, se da inicio al proceso de autoevaluación en el niño donde se busca que, además de identificar la percepción que tiene acerca de sus propias dificultades, logre señalar los pensamientos automáticos generadores de disforia para fomentar el surgimiento de pensamientos controlados. Posteriormente, le es explicada al niño la relación pensamiento – sentimiento- conducta para lo que se emplea el registro traído por él a la sesión así como metáforas y analogías sencillas que tengan en cuenta la maduración cognitiva del niño, de acuerdo a la edad, por lo que los cuentos y los análisis que realizan sus personajes pueden ser un punto de partida efectivo (Burns, 2004).

El mismo autor menciona que como punto importante durante las sesiones deben atenderse los sesgos atencionales que se presenten en el niño y se insistirá en el registro de situaciones positivas y refuerzo en general que le es dado de forma cotidiana por parte de los demás, estableciendo un número mínimo de situaciones con el objetivo de forzar la

modificación atencional en él. Además, debe exponérsele de forma directa la idea de observar un cambio en las contingencias al interior del hogar para permitirle la predicción del

refuerzo y del castigo (en términos conductuales) que recibirá, situación que con una alta probabilidad, implicará una modificación en las relaciones establecidas con el medio (Burns, 2004). Es importante mencionar que los padres serán entrenados en la modificación de los patrones de interacción y en evitar el refuerzo de las conductas depresivas en el niño y se realizará con ellos y con el niño, un análisis de la culpabilidad – responsabilidad en los acontecimientos.

En este punto, puede ser sugerida la realización de un contrato conductual que señale la necesidad de eliminar las autoverbalizaciones negativas y depresivas y que indique estrategias para controlar el surgimiento de los pensamientos automáticos mediante detección del pensamiento para lo que, teniendo en cuenta que se trata de niños, se puede emplear señales visuales como “pare” y la distracción con estímulos propios del medio. Así mismo, la elaboración conjunta de un menú de reforzadores permitirá al niño incrementar el autoreforzo y eliminar el autocastigo.

De igual manera, el entrenamiento en habilidades sociales básicas y la exposición de su importancia para adquirir refuerzo externo además de la explicación de los fundamentos teóricos y prácticos del entrenamiento (modelamiento y role – playing) resultan oportunos en este momento de la terapia ya que, mediante ensayo y presentación de conductas – objetivo (contacto ocular, sonrisa, gestos, postura corporal, tono de voz, expresiones verbales de seguimiento conversacional) se pretende que el niño logre obtener refuerzo del medio. Además, se indica la presentación y role – playing de situaciones problema (ej. aceptación y rechazo de pares) para abordar lo relacionado con las situaciones desencadenantes de pensamientos automáticos negativos. Como habilidad social avanzada se entrenará al niño en la expresión de sentimientos hacia los demás y en el empleo de la asertividad ante diferentes situaciones.

En esta fase de la intervención el registro de conducta, deberá incluir el tiempo empleado en hábitos y rutinas, la realización de tareas escolares y las actividades de placer y dominio que ha logrado generar de forma cotidiana y deberá presentar una modificación de los pensamientos y de los sentimientos en él, ya que, teniendo en cuenta que la totalidad de las sesiones mencionadas implica el empleo de técnicas de reestructuración (diálogo socrático,

flecha descendente, estimación de probabilidades, etc.), el cambio cognitivo y conductual se estima evidente.

Ventajas y desventajas: El enfoque cognitivo–conductual es uno de los más eficaces en términos de manejo de la depresión y que puede ser una herramienta útil en el tratamiento terapéutico en la depresión infantil. De esta manera se establece la importancia de combinar estrategias cognitivas con técnicas conductuales, dadas las diferencias de cada niño en su capacidad intelectual, en su formación académica y el ambiente (motivante o aversivo) en el que se desenvuelve, puesto que no todos los niños pueden asimilar y responder al proceso que se requiere para una reestructuración cognitiva. Se tiene en cuenta que esta combinación decide aplicarla el profesional luego de conocer estas características individuales del niño deprimido.

Además, las técnicas cognitivo conductuales tienen innumerables ventajas relacionadas con sus principios: está comprobada su eficacia en una variedad de trastornos, el paciente es protagonista de su tratamiento, está enfocada en el presente, ataca directamente los síntomas y en especial, los factores que los mantienen en la actualidad, procura el cambio en la persona, forma en la resolución de problemas, es una terapia a corto plazo, el paciente puede autoevaluar sus propios progresos en forma permanente.

Como desventaja se puede mencionar su uso limitado en niños pequeños por cuanto las técnicas racionales requieren un grado de madurez y de reflexión mucho mayor aunque para minimizar esta desventaja, han sido establecidas técnicas de reestructuración cognoscitiva de primer orden que es el método para abordar los síntomas depresivos en niños pequeños y se fundamentan en la aplicación de las técnicas propias de modificación cognitiva mediante cuentos, fábulas y narraciones además de imaginación emotiva que implica el uso de la fantasía propia de niño para abordar los esquemas cognitivos disfuncionales identificados.

Enfoque sistémico

La terapia sistémica se ha definido como un modelo de psicoterapia aplicable en la intervención de diversos trastornos en los cuales cobra importancia las interacciones entre las personas, los estilos de relación y los patrones comunicativos de un grupo social. Se centra en la persona ubicada en su contexto social primario que es la familia; al intervenir en sus formas de comunicación y de interrelación se producen cambios reales y más efectivos

que si se atendiera en forma individual. A pesar que tiene su origen en la terapia familiar (desarrollada a lo largo de la segunda mitad del siglo XX con las concepciones estructurales clásicas de Salvador Minuchin y los posteriores aportes epistemológicos de los biólogos chilenos Humberto Maturana y Francisco Varela), se ha constituido como un enfoque terapéutico al no ser imprescindible que sea la familia el foco de atención sino que es la forma de abordaje el que se puntualiza, sus métodos y técnicas pueden aplicarse a la pareja, a equipos de trabajo y a contextos escolares pero haciendo énfasis en la dinámica de los procesos comunicacionales, en la interacción entre los miembros y entre los subsistemas que lo componen. Es mantener la idea básica sistémica de ver a la persona en su entorno, en el contexto del sistema o de los sistemas de los que forma parte.

Soto (s.f.), dice que “la intervención sistémica plantea el paso del individuo al sistema, de lo intrapsíquico a lo interpersonal. Así no interesa un individuo “enfermo” sino las maneras de organización del sistema en el que un individuo demanda atención. Se diferencia también de otras maneras de intervención grupal o familiar en que no considera a los miembros de un grupo familiar como apoyo del individuo enfermo. La intervención sistémica utiliza así la interacción como elemento de trabajo y comunicación. La frecuencia de las sesiones suele ser menor que la observada en terapias de otras orientaciones. Puede mediar bastante tiempo entre una sesión y la siguiente (de dos seis semanas), mientras que el número total de sesiones, aunque básicamente dependa de los avances obtenidos en el proceso psicoterapéutico, se sitúa en un promedio de entre 10-14 sesiones. Los mejores resultados se obtienen en trastornos alimentarios, drogodependencias y conductas infantiles disfuncionales. En depresiones clínicas, la terapia sistémica de pareja ha resultado eficaz.

Dentro de los autores que proponen modelos psicoterapéuticos desde la perspectiva Sistémica, se encuentra Bowlby (1980) quién enuncia en su Teoría del Apego la trascendencia de la presencia en la historia personal de estas personas, no sólo de pérdidas actuales, sino también de experiencias vividas en el seno de sus familias durante la niñez. Entre estas experiencias menciona la imposibilidad de mantener una relación estable con los padres a pesar de los esfuerzos por satisfacer sus exigencias y sus expectativas poco realistas, la presencia de figuras de apego representadas como inaccesibles, que rechazan y castigan, pérdidas reales por muerte o separación durante la niñez. “La depresión puede por lo tanto ser también no sólo la expresión del sufrimiento de un individuo, sino también

el de un sistema como, por ejemplo, es la familia. Además, puede ser también la expresión metafórica de las dificultades en la situación de vida de una persona o de una familia”.

Linares (1996), citado por Lengua (2002), propone ciertas pautas para la intervención sistémica al niño: en las interacciones a nivel del subsistema parental se puede precisar dos niveles básicos: La parentalidad, se entiende como los vínculos emocionales en el contexto paterno-filial: que incluye la socialización, siendo esta una condición necesaria para asegurar la viabilidad del niño en su ecosistema, así como el reconocimiento, la valoración y el cariño, indispensables para garantizar su consolidación como individuo. “En este contexto se pueden dar triangulaciones “manipulatorias” en las cuales se produce una proyección de la dinámica conyugal de los padres sobre la parentalidad. El niño aprende cómo comportarse para atender las necesidades del entorno y lo hace recibiendo mensajes contradictorios. La ansiedad resultante evoluciona hacia la depresión al incorporarse la pérdida como resultado relacional del juego de alianzas que la triangulación provoca” dando explicación a la dinámica familiar que se establece. Los síntomas se pueden manifestar a través de la metáfora y el juego, en donde se puede evidenciar el dilema familiar, al igual que posibles soluciones, realizándolo por medio de la conexión de las relaciones entre los diferentes subsistemas que conforman la familia.

Los niños pueden ser coterapeutas, al ser un puente de conexión en la relación con los miembros de la familia, pues a través de él se pueden descubrir las angustias y los deseos escondidos de sus padres y cómo lo proyectan en sus vidas y teniendo como finalidad la observación en la interacción de las relaciones familiares.

Whitaker (1982) definía al terapeuta como “un paciente perpetuo”, acompañando a cada familia en un viaje simbólico donde la experiencia afectiva es igualmente compartida. El objetivo de la terapia es proporcionar a la familia una experiencia enriquecedora, tanto para la familia como para el terapeuta, que rompa el bloqueo que produce el dolor y el miedo al sufrimiento en la creatividad y los recursos familiares”, aporta Juan Carlos Lengua, citado anteriormente.

Una de las grandes ventajas y oportunidades del enfoque sistémico, es precisamente permitir ver con claridad cada subsistema al desintegrar cada componente de un sistema y en el caso de la depresión ver los síntomas como parte de un todo. Sin embargo una de las

falencias se centra en no encontrar la relación de la integración de las piezas, se pierde el todo y solo se puede visualizar por sus partes.

Pedagogía afectiva

Dentro de los actuales lineamientos de las ciencias de la salud, se ha tratado de implementar en todas las esferas de la actividad humana, los enfoques preventivos más que los curativos. Para nadie es desconocido que en países desarrollados se dedican más recursos a los programas que apuntan hacia la prevención al ser una inversión no sólo más rentable en términos económicos sino que a su vez mejora notablemente la calidad de vida de las personas en el presente siglo. Es así como en Colombia y con referencia a la depresión infantil y juvenil, se ha creado la Liga por la Vida contra el suicidio, programa liderado por el psicólogo y pedagogo Miguel de Zubiría Samper, quien inicialmente y hacia la década de los 80 dedicó sus esfuerzos a estudiar la inteligencia, el pensamiento y las operaciones intelectuales y la aplicación de esos conocimientos a la educación, en especial para estudiantes con capacidades excepcionales. Fueron alrededor de 30 años dedicados a la investigación en el Instituto Alberto Merani en compañía de su hermano Julián de Zubiría, en el cual se creó la Teoría de la Pedagogía Conceptual para potenciar la inteligencia de los niños a la vez que le apuntaban a las competencias de tipo valorativo y a la formación del talento. Resultado de sus investigaciones se descubrió que la inteligencia cognitiva no es importante en la medida en que el niño es inteligente pero no feliz y sin un buen rendimiento académico, y peor aún, el niño puede llegar a ser un desadaptado en un mundo exigente para el cual no ha sido preparado pudiendo llegar incluso a desarrollar una depresión. En la Fundación Internacional de Pedagogía Conceptual Alberto Merani, entonces, se decidió formar la Liga por la Vida contra el suicidio, pionera en Colombia, para contrarrestar los tres grandes males del siglo XXI como lo son la soledad, la depresión y el suicidio, como lo menciona De Zubiría (2007). Sus investigaciones acerca del aprendizaje humano y de la enseñanza lo llevaron a reformular su trabajo hacia una pedagogía que forme en competencias afectivas intrapersonales e interpersonales en los niños desde la más temprana edad, enfatizando en la afectividad humana y el tema de la felicidad desde lo científico y lo pedagógico. Su enfoque es netamente preventivo y enfatiza la importancia de la detección temprana de factores de riesgo pues como lo menciona, está en juego la vida de un niño o de un adolescente.

Su propuesta aparece explicada con profundidad en el libro “Cómo prevenir la soledad, la depresión y el suicidio en niños y jóvenes “(2007). En él aparecen los tipos de crianza prevalentes en el mundo actual y la forma como esas interacciones positivas o negativas afectan la formación de la afectividad en el niño y le desarrollan fortalezas tempranas o no, para enfrentarse al mundo cambiante y vertiginoso de hoy; dedica también un capítulo al suicidio desde una postura científica: señales de alarma, factores de riesgo, causas, y forma de abordarlas desde la familia y desde la escuela y menciona que una de las causas primordiales para el suicidio lo constituye la depresión. Es por eso que se ha considerado en esta monografía dedicar un aparte a este tema, no sólo porque las cifras van en aumento sino por ser una condición de salud mental que pasa desapercibida y por lo tanto no se interviene a tiempo con las funestas consecuencias de poner en peligro la vida del niño o del adolescente.

El DSM IV Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (1995) no menciona los síntomas recurrentes en una persona con riesgo de suicidio, pero el American Academy Of Child y Adolescent Psychiatry (citado por Zubiría, 2007) desarrolló un listado para la oportuna detección de esta condición: Cambios en los hábitos de sueño y alimentación, retraimiento de los amigos, de la familia y de sus actividades habituales, actuaciones violentas, comportamiento rebelde, fugas de la casa o del colegio, uso de sustancias psicoactivas y alcohol, abandono de su apariencia personal, cambios pronunciados en su personalidad, aburrimiento persistente, dificultad para concentrarse, tomar decisiones, bajo rendimiento académico, quejas frecuentes de síntomas físicos (dolores de cabeza, de estómago, fatiga) que por lo general están asociados a los estados de ánimo, pérdida de interés en sus pasatiempos y poca tolerancia a los elogios o premios. En caso de un adolescente que piensa suicidarse, además de lo anterior, puede presentar: emitir frases como “no seguiré siendo un problema para ustedes, nada me importa, no te volveré a ver, para qué molestarse”, regalar sus artículos favoritos, limpiar el cuarto, botar papeles o cosas importantes, ponerse muy contento después de un período de depresión, alucinaciones y pensamientos extraños e impulsividad. El autor afirma que unas de las personas claves para la detección de la depresión son los profesores quienes pasan con los niños de 5 a 8 hora diarias y pueden observar fácilmente sus cambios de comportamiento, actos impulsivos, falta de control, anhedonia, pesimismo o ideación suicida. Las pautas de acción serían las siguientes:

- Tomar con seriedad lo que el joven siente y verbaliza.
- Establecer un diálogo empático con el niño o joven con actitud de escucha sin recriminaciones.
- Indagar acerca de ideas pesimistas.
- Darle tranquilidad de saber que su condición puede mejorar con un buen tratamiento.
- Buscar ayuda profesional.
- Si el caso es grave, no dejar solo al joven y llevarlo a un centro de salud.
- Acompañarlo en su proceso de recuperación.

El autor menciona que las causas reales del suicidio son la fragilidad (escasa habilidad para afrontar circunstancias difíciles), la soledad (incompetencia interpersonal al actuar con otros) y la depresión (incompetencia intrapersonal al interactuar consigo mismo) y que los factores detonantes son muy variados y pueden estar relacionados con la muerte de un ser querido, la pérdida del año escolar, el fracaso amoroso, el rechazo social, un conflicto fuerte. Como factores de riesgo, a su vez, menciona: antecedentes familiares de depresión, suicidio, impulsividad, alcoholismo y consumo de sustancias psicoactivas, conflictos familiares recurrentes, violencia intrafamiliar y abuso sexual, problemas de comunicación en la familia, presencia de armas de fuego en el hogar, contacto con comportamientos suicidas y situaciones no deseadas como pérdidas afectivas, divorcio, rupturas amorosas. (Pg. 73,74).

Para evitar la fragilidad, aparece la resiliencia como un factor protector de primer orden contra el suicidio, definida como la habilidad para superar problemas tanto con los demás como consigo mismo; es saber recuperarse y proteger la propia integridad cuando está bajo presión y adaptarse a las circunstancias hostiles. Las estrategias para formar la resiliencia son: poner límites a los niños, tratarlos bien, ser sincero con ellos, ser independiente, distanciarse de ambientes adversos, ser afectuoso, tener metas claras, reírse de sí mismo, reflexionar, buscar y encontrar soluciones a los problemas, crear una escala valorativa, y autoevaluarse permanentemente.

Para evitar la depresión en los niños, se les debe ayudar a formar en competencias intrapersonales básicas: Autoconocimiento (quién soy, de dónde vengo, qué quiero), Autovaloración (reconozco mis potencialidades y limitaciones) y Autoadministración (imponerme retos que debo cumplir) (Zubiría, M. 2007).

Por otro lado, Zubiría establece la necesidad de detectar factores de riesgo afectivos que evidencien soledad, depresión y fragilidad con el objetivo de prevenir el suicidio; para esto diseñó los cuestionarios de competencias afectivas infantiles y adolescentes que buscan explorar los vínculos de los estudiantes con los otros, con los grupos y consigo mismos, a partir de los cuales se estructura un afectograma en el cual se grafican los vínculos encontrados, identificando de esta forma la ausencia o existencia de alguno o varios de los factores expuestos anteriormente para iniciar un proceso de intervención por parte de un profesional competente.

Enfoque biomédico

Desde este enfoque se explica el origen de la depresión infantil por una disfunción del sistema neuroendocrino (aumentan los niveles de cortisol y disminuye la hormona de crecimiento), por una disminución de la actividad de la serotonina (neurotransmisor cerebral) y por efecto de la herencia (caso de padres depresivos) (Hernández, 2006).

Uno de los antidepresivos más utilizados es la Imipramina considerado por algunos psiquiatras como el mejor tratamiento médico para la depresión infantil. Este mejora el estado de ánimo del niño, lo que le permite mostrarse menos triste, jugar más, y tener menos ideas de suicidio. La duración del tratamiento debe ser de varios meses, pero se recomienda una duración mínima de seis semanas, ya que la acción de la imipramina es lenta. De igual manera, se debe tener en cuenta que la introducción y la retirada del fármaco debe hacerse de forma gradual, puesto que si se ha completado el tratamiento y se suprime la dosis de manera brusca se puede ocasionar un efecto rebote colinérgico con la aparición de vómitos, dolores de cabeza, insomnio y otras molestias.

Dentro de los efectos secundarios que se han encontrado de la imipramina se destacan: reacciones cutáneas de tipo alérgico, alucinaciones, afecciones del sistema cardiovascular y en menor medida al sistema nervioso central. A nivel Psicológico se ha observado agresividad, oposicionismo e irritabilidad. Su uso está contraindicado en niños que padezcan trastornos cardiovasculares, puesto que origina hipotensión y taquicardia (Caballo, 2002)

Otra clase de antidepresivos son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), que tienen como ventaja sobre los otros la ausencia de efectos secundarios

cardiotóxicos. El más empleado es la fluoxetina que posee propiedades estimulantes. Logra una eficacia similar a la imipramina únicamente después de un mes de tratamiento, destacando así que ninguno de los nuevos antidepresivos (como la fluoxetina) alcanzan el techo de eficacia de los fármacos más antiguos como la imipramina (Caballo, 2002).

Con el uso de fármacos suele observarse un beneficio terapéutico claro después de 10 a 14 días de haberse iniciado el tratamiento, aunque no son raras las reacciones más tempranas y más tardías. En general se observan signos de mejoría (aumento del apetito, mejoría del sueño y el afecto, menor agitación, aumento de la actividad con una finalidad) antes que ocurra mejoría subjetiva (Mann, s.f.).

Se han expuesto las características del tratamiento biomédico en la depresión infantil, centrándose en la formulación de fármacos que permitan disminuir los síntomas presentes. Sin embargo, la práctica de prescribir medicación antidepresiva a niños y adolescentes sigue siendo una cuestión polémica, ya que la eficacia y la seguridad de la farmacoterapia en los niños y adolescentes con depresión no está clara (Jhonston & Fruehling 1997).

Aunque no queda claro el debate con el uso de los fármacos en la infancia y la adolescencia, es necesario continuar realizando estudios con diferentes poblaciones en las que sea posible comprobar la eficacia de algunos fármacos, éstos seguirán siendo usados en los tratamientos de Depresión Infantil, y es aquí donde se estima la necesidad de tener en cuenta características personales de cada paciente, esperar los resultados de un proceso psicosocial (si los síntomas no son agudos), el estado médico general del paciente, los efectos colaterales del fármaco y los antecedentes personales o familiares de reacción terapéutica a un agente específico. De igual manera, la investigación actual propone que la combinación de un tratamiento médico con un tratamiento psicosocial, es la estrategia más eficaz en los procesos de intervención en Depresión Infantil.

Hospitalización: En el caso de niños y adolescentes con depresión que tienen riesgo de presentar suicidio, una de las intervenciones urgentes sería la hospitalización con el fin de mantenerlo a salvo y si es el único contexto en el que es posible iniciar el tratamiento. Sadock & Sadock (2004) mencionan que en el caso de personas suicidas la hospitalización está indicada para proporcionar la máxima protección contra los impulsos y las conductas autodestructivas y también puede ser necesaria cuando el paciente además abusa o consume sustancias psicoactivas.

Ventajas y Desventajas: La farmacología presenta ciertas ventajas en el tratamiento de la depresión infantil en especial relacionadas con la disminución y hasta desaparición de los síntomas, y signos claros de mejoría en el comportamiento infantil como aumento del apetito, disminución de la agresividad y de la agitación corporal, mejoría en el sueño y en las manifestaciones de afecto y aumento de la actividad general del niño (Mann, s.f.).

Una desventaja percibida en la práctica profesional frente al uso de fármacos, refiere la observación relacionada con la resistencia que presentan algunos pacientes y/o sus familiares, de hacer uso de este tipo de intervención, debido por una parte, al temor de ser señalados y discriminados en su contexto social por su necesidad de consumir fármacos para su dificultad y por la otra, al temor que se tiene por los efectos secundarios que puedan generarse, especialmente los que tienen que ver con algún tipo de dependencia al mismo. Otra desventaja está relacionada con los efectos colaterales y adversos de cualquier tipo de medicación en la infancia.

Tratamiento combinado: Muchos son los autores que proponen como el medio más eficaz en modelo combinado. Hernández (2008) menciona que el tratamiento de los niños aquejados de depresión debe ser no sólo muy cuidadoso sino muy riguroso en cuanto a condiciones individuales contextuales y de edad de desarrollo del niño, teniendo en cuenta su funcionamiento cognitivo, su madurez socioemocional y su capacidad para mantener la atención. Recomienda involucrar a los padres de una manera activa y realizar intervenciones al entorno del niño (escuela, familia, comunidad). El tratamiento se divide en tratamiento de fase aguda y fase de mantenimiento.

El tratamiento en fase aguda, incluye: Psicológico, Farmacológico y Combinado; las terapias psicológicas que tradicionalmente se han utilizado son el enfoque cognitivo conductual, conductual y psicodinámico y a la vez realizar tipos de intervención en la familia, con su grupo de pares y en forma individual y de apoyo; los fármacos mayormente usados son los antidepresivos tricíclicos y los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. El Tratamiento Combinado, que incluye fármacos y terapias psicológicas, ha demostrado ser lo más adecuado en la actualidad. Así mismo, el Tratamiento en Fase de Mantenimiento va a depender del estado clínico del paciente, su funcionamiento intelectual, su sistema de apoyo, la presencia o no de estresores ambientales y su respuesta al tratamiento (Hernández. 2008).

ANEXO: Análisis de encuestas (Ver archivo anexo)

REFERENCIAS

- Aberastury, A. (1984). *Teoría y técnica del psicoanálisis de niños*. Editorial Paidós
- American Psychological Association (APA). Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos mentales DSM IV. MASSON S.A.1995
- Arieti, S y Bemporad, J. (1981). *Psicoterapia de La Depresión*. Ed. Paidós. Buenos Aires Barcelona
- Basile H. (2002). *Depresión y suicidio infanto juvenil diagnóstico precoz y prevención psicosocial*. Tercer Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis.
- Burns, D. (2004). *Sentirse bien, una nueva terapia contra las depresiones*. Barcelona: Paidós
- Bowlby J. *El Apego y la Pérdida: La pérdida*. Barcelona: Paidós Psicología Profunda, 1997 (Publicado originalmente en Inglés en 1980)
- Caballo, V. (1997). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Vol. 1 Siglo veintiuno de España editores S.A.
- Caballo, V. (2002). *Manual de psicología clínica infantil. Trastornos generales*. Madrid: Editores pirámide
- Callejas. *Terapia Cognitivo conductual*. Consultado el 24 de Junio de 2008 en: <http://www.depresion.psicomag.com//index.php>
- De Zubiría, M. (2007). *Como Prevenir La Soledad, la Depresión y el Suicidio en Niños y Jóvenes*. Colombia. Edit.Aguilar
- Fester, C.B. (1973). *A Functional Analysis of Depression*. American Psychologist
- García. M. *Depresión Infantil*. (2003). Universidad Complutense. Madrid (Ponencia). Consultado el 22 de Marzo de 2008 en: <http://www.cfieavila.com/jornadas>
- Geller, K. (1997). *Psicopatología del Niño y del Adolescente*. Prentice Hall.
- Gullestad, S. (2003). Comentario a algunos subtipos de depresión, sus interrelaciones y consecuencias para el tratamiento psicoanalítico. *Aperturas Psicoanalíticas. Revista internacional de Psicoanálisis*. Consultado el 26 de Junio de 2008 en: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000247&a>
- Harms. E. (1964). *Psicología del niño anormal*. Ed. Paidós.
- Hernández, E.(2006).*La Depresión infantil*. Consultado el 22 de Junio de 2008 en: <http://www.psicologoinfantil.com/articulodepresion.htm>
- Jhonston & Fruehling (1997). *Psicopatología del Niño y del Adolescente*. Prentice Hall.

- Lengua, J. (2002). *La Depresión en Niños: Un Enfoque Sistémico*. Consultado el 26 de Julio de 2008 en: www.minsa.gob.pe/hhv/revista/2002
- Mann De Dayán, S. (s.f.). *Neuropediatría, Conducta y Aprendizaje. Depresión en la niñez*. En: NAHMAD Abraham D.
- Murillo, Torrico, Serrano, Vivar. (2007). *Psicología del Desarrollo en Edad Escolar*. EN <http://alcostouah.blogspot.com/>
- Naranjo, G. *La depresión, ¿un malestar contemporáneo?*. Consultado el 20 de Junio de 2008 en: <http://www.herrerros.com.ar/melanco/naranjo.htm>
- Puerta G. *Trastorno Bipolar en Niños y Adolescentes*. Consultado el 22 de Marzo de 2008 en: <http://www.psiquiatriabiologica.org.co/avances/vol4/articulos/>
- Reca, T. (1997). *Problemas Psicopatológicos en Pediatría*. (5º ed). Editorial Universitaria de Buenos Aires.
- Rivadeneira, Minici y Dahab (s.f.). *Por que elegimos la Terapia Cognitivo Conductual? Reflexiones acerca de unas diferencias críticas entre la TCC y otros enfoques terapéuticos*. Documento
- Sadock, B & Alcott Sadock, V (2004). *Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la Conducta y psiquiatría Clínica*. (9 ed) España: Ediciones Waverly Hispánica S.A.
- Skinner, B.F. (1953). *Science and Human Behaviour*. Nueva York, Mc Millan. Traducción española: *Ciencia y Conducta Humana*. Barcelona, Martínez Roca.1986
- Soto, J. (s.f.) "*Conoce la terapias Sistémicas*". Consultado el 19 de Junio de 2008 en: <http://www.terapiabreve.net/terapia-sistemica.htm>

2.6 TALENTOS Y/O CAPACIDADES EXCEPCIONALES

El problema de la educación de la población con capacidades excepcionales en Colombia ha sido una constante que en principio fue movimiento y respuesta de un grupo pequeño de la población que tuvo sus inicios a comienzos de los años ochenta por parte de padres de familia y profesionales, particularmente del Instituto y la Fundación Alberto Merani. Años después, la Constitución de 1991 y la Ley General de Educación (ley 115 de 1994) reconocen el derecho de los estudiantes a desarrollar sus potencialidades a través de una educación diseñada para este fin.

En los últimos años el Ministerio de Educación ha dado los primeros pasos que han permitido el desarrollo de propuestas orientadas a la satisfacción de las necesidades de los estudiantes excepcionales. La legislación vigente prescribe la importancia de generar propuestas educativas apropiadas para dicha población. En Marzo de 2001 se expidieron los lineamientos generales de políticas para la Atención de Personas con Talentos y/o Capacidades Excepcionales. Estos primeros pasos han abierto la posibilidad de desarrollar, tanto en educación pública como privada, programas orientados a cristalizar las propuestas generadas en el ámbito gubernamental. Este capítulo se propone no sólo revisar el estado del arte en Colombia en cuanto a la intervención educativa de esta población, sino plantear una propuesta de intervención enmarcada dentro de las nuevas concepciones pedagógicas; es así como se hará una aproximación neuropsicopedagógica que mire al niño en forma holística y contextual que abarque no sólo las esferas de su desarrollo sino los ambientes en el cual interactúa.

Es importante resaltar los cambios trascendentales que ha sufrido la ciencia del conocimiento en menos de un siglo, especialmente en lo que se refiere a los lineamientos para el entendimiento de la cognición y de los procesos mentales; por ello es fundamental perfilar un marco teórico que oriente a una aproximación conceptual de tres aspectos primordiales: la inteligencia, la superdotación general y el talento, con el propósito de tener mayores y mejores herramientas para la comprensión y el abordaje de personas talentosas y en condiciones de excepcionalidad.

A través de esta breve aproximación teórica se evidencia un trasfondo histórico que enmarca el cambio sufrido por la concepción monolítica de inteligencia, la cual ha sido encaminada

hacia una perspectiva más amplia, dando posibilidad a otras formas de inteligencia y múltiples manifestaciones del talento específico, aspecto que ha permeado de manera significativa la transformación pedagógica contemporánea y la cual fundamenta sus principios en una necesidad de potenciar características particulares cognoscitivas, sociales y emocionales del niño. El concepto de inteligencia entonces, ha evolucionado desde las más antiguas épocas; los griegos consideraban la inteligencia y el talento como dones otorgados por los dioses; en el siglo XIX se consideró la transmisión biológica de la inteligencia; Binet en 1904 estableció formas de medir la capacidad intelectual e introdujo el concepto de Edad Mental como gran aporte a la ciencia y definió la inteligencia como la capacidad que tenía el ser humano para interpretar la realidad y ajustarse a ella; Vasta (1996) por su parte menciona que posteriormente Terman (1925), Cox (1926), Spearman (1945), cuestionaron el concepto por ser monolítico, unitario y estable hasta que representantes de la psicología contemporánea como Gardner, Feuerstein y Sternberg demostraron que no podía hablarse de una sola inteligencia invariante y compacta, sino de otras formas diferentes a la académica y que además podía modificarse con respecto a las variaciones ambientales; la inteligencia fue definida entonces como la capacidad para resolver problemas, para generar nuevos problemas, habilidad para elaborar productos u ofrecer un servicio que es de gran valor en un determinado contexto comunitario o cultural y como la capacidad para procesar la información (De Zubiría, 2002).

Gardner centró su teoría en la existencia de múltiples inteligencias las cuales debían valorarse de manera diferente e introdujo el concepto de flexibilidad y plasticidad de las capacidades humanas haciendo alusión a siete grupos de inteligencias o capacidades: lingüística, lógico-matemática, interpersonal, intrapersonal, espacial, musical y corporal. Sternberg (1996) planteó una visión diversa para definir la inteligencia desde la perspectiva del procesamiento de la información y planteó la existencia de tres tipos de inteligencia: analítica, práctica y creativa, necesarias para determinar la excepcionalidad; mencionó que la inteligencia creativa expresada en la capacidad para inventar, descubrir e innovar era muy desconocida para la pedagogía tradicional y la inteligencia práctica era la más contextualizada culturalmente y que incluye los procesos de adaptación, implementación, aplicación y utilización de los saberes. Reuven Feuerstein (citado por De Zubiría, J., 2002) defiende el concepto de Modificabilidad Cognitiva como el eje central y característica fundamental de la inteligencia humana; para él, el ser humano es impredecible pues siempre está en constante cambio y transformación y es posible modificar la ruta previamente establecida en su

desarrollo. Para que esto pueda lograrse da lugar al concepto de mediación cultural y así viabilizar las condiciones para que se pueda dar la modificabilidad cognitiva.

Para complementar y entender más la evolución y la complejidad con la cual se concibe actualmente la inteligencia y también introducir el tema de la superdotación y excepcionalidad, es importante retomar los lineamientos establecidos por autores como el norteamericano Lewis Terman, quien hizo la diferenciación entre superdotación y excepcionalidad. Entre 1921 y 1959, él y sus colegas realizaron un estudio sistemático y completo a individuos con capacidades intelectuales muy superiores; en sus estudios concluyó que las personas en condiciones de excepcionalidad eran estables, adaptadas y exitosas y subvaloró los efectos que los factores educativos y ambientales podían ejercer en el desarrollo de los mismos. Freeman, Terrasier, Ralf, Goldberg y Passow (citados por Benito y Alonso, 1996), en sus investigaciones dan importancia no sólo a lo académico sino también a lo emocional y a las habilidades adaptativas. Dabrowsky (1964) menciona el término excepcional y caracteriza a este tipo de niños como sobreexcitables en los ámbitos intelectual, emocional, imaginativo y psicomotriz y consideró que esto podría llegar a ser un potencial para desarrollar el crecimiento personal de los superdotados.

En los estudios en Colombia por Miguel y Julián de Zubiría desde 1980, se definieron los conceptos de superdotación y excepcionalidad. Mencionan que existen mentes excepcionales y que excepcional es un término genérico que se utiliza para designar al grupo completo de las personas que poseen capacidades excepcionales muy superiores al promedio y que en sí presentan diversos grados de creatividad. En sus estudios establecen tres clases de mentes excepcionales: **los superdotados, los creativos y los talentos**. La superdotación se refiere a las personas con inteligencia general excepcionalmente alta, alto desempeño en diversas áreas de la actividad humana, inteligencia polimodal y divergente; en pruebas de coeficiente intelectual pueden puntuar de 130 en adelante, son preguntones, hiperactivos, con capacidad de lógica y alta memoria pero con bajo rendimiento académico, desordenados y muchas veces desadaptados; es muy difícil que logren encaminarse en una sola ruta de la vida por ser buenos en todo. Es por eso que muchos de los programas con esta población se han orientado a la búsqueda de un área específica de su interés para lograr ser un creador de alto nivel. De acuerdo con Benito (1996) estos sujetos desarrollan precozmente y de manera potencialmente alta habilidades para el procesamiento de la información (percepción y memoria visual), desarrollo de la capacidad metacognitiva, buena capacidad creativa y

motivación intrínseca por el aprendizaje, mostrando resultados excepcionales desde temprana edad (6 años). El creativo es la persona que sin tener un coeficiente intelectual o capacidad muy alta, posee un potencial de creatividad excepcional que se representa en la capacidad para generar ideas nuevas, es original, divergente, flexible, fluido y de buen humor, pero es muy disperso, le falta trabajo, dedicación, rigor, pasión por un tema, disciplina y constancia; sin una buena orientación no llegará a ser un creador. El talento, según los mencionados autores, es una señal de potencial biopsicológico precoz en una especialidad existente en la cultura; las personas con talento no poseen ni una inteligencia general muy alta ni una potente creatividad, poseen un gran interés por un área o dominio específico, aman su oficio, se dedican a él con pasión, se convierten en especialistas y llegan a ser grandes creadores aunque no posean otras aptitudes o fracasen en otros ámbitos de la actividad humana. Para que un talento precoz se convierta en un verdadero creador se requiere tener aptitud excepcional, alta pasión, resonancia cultural y social, alta disciplina y alta calidad en el trabajo que realiza. Los talentos según el área de desempeño y de especialización pueden ser científicos (biología, matemáticas...), tecnológicos (ciencia, tecnología...), psicológicos (pedagogía, sociología...) o artísticos (literatura, artes plásticas, escénicas, música...). Los niveles de desarrollo de los talentos de acuerdo con su experticia y dedicación son: Experto, Virtuoso, Creador, Prodigio y Genio (De Zubiría, 2002).

De acuerdo con el documento de Orientaciones para la Atención a la Discapacidad publicado por el MEN (2002) "...la superdotación es referida a los procesos intelectuales y los talentos a los procesos aptitudinales con un rendimiento social superior en cualquier área de la conducta humana. La gran mayoría de población excepcional se ubica en la categoría de talentos específicos, haciendo referencia a los sujetos que presentan aptitudes en diferentes áreas del saber o esferas del desarrollo humano...".

Otro autor muy reconocido dentro de la literatura, por sus aportes significativos a la psicología contemporánea y a la comprensión de la inteligencia y la superdotación es Joseph Renzulli, de quien se destaca principalmente la teoría de los tres anillos y la propuesta de un modelo de enriquecimiento escolar. En sus postulados al igual que otros autores, Renzulli consideró que la inteligencia no era un factor unitario sino que más bien existían varias clases de inteligencia y por lo tanto, no se podían aplicar, las definiciones un tanto simplistas, a la explicación del fenómeno tan complejo de la superdotación.

Renzulli (1994) consideró importante destacar en sus postulados sobre el concepto de los tres anillos, que ningún grupo de rasgos aislados definían la superdotación. Señaló que tanto la creatividad como la implicación en la tarea eran iguales en importancia a la capacidad cognitiva por encima de la media. Desde el punto de vista de la “teoría de los tres anillos” los alumnos superdotados serían, por tanto, aquellos que poseen o son capaces de desarrollar este conjunto de rasgos y aplicarlos a cualquier área potencialmente valiosa de realización humana. En contraste, el sujeto con talento mostraría una determinada variable o factor de forma independiente sin tener la combinación de las características antes citadas. Mönks (1988) citado por González (s.f.) completó la teoría de Renzulli añadiendo la tríada social: familia, colegio y compañeros. Estableció que el desarrollo de la superdotación dependía de una interrelación efectiva de seis grupos de factores: inteligencia por encima de la media, creatividad, compromiso con la tarea más los otros tres que integran el marco social ya mencionado. La teoría inicial de Renzulli supuso una innovación en el paradigma cuantitativo psicométrico en que nos hallábamos, por el que la inteligencia humana se hallaba vinculada únicamente al cociente intelectual. Por una parte, la incorporación de la implicación en la tarea, en el sentido emocional de motivación. Por otra parte, Renzulli introduce una nueva conceptualización de la creatividad basada en el procesamiento de la información, que le da una dimensión mucho más dinámica, más allá de la dicotomía pensamiento convergente-pensamiento divergente (De Mirandés, s.f.).

Es importante también tener en cuenta el concepto de doble excepcionalidad, que aparece dentro del marco conceptual de talentos. Pardo (2004) introduce el término de doble excepcionalidad al referirse a aquellos estudiantes que tienen algún tipo de inhabilidad y a su vez demuestran un desempeño sobresaliente en un área específica. A pesar de su talento, estos niños parecen más incapaces de lo que realmente son y no se reconocen a sí mismos ni son reconocidos por los demás como seres talentosos. De acuerdo con lo anterior y haciendo énfasis en el manejo de estos niños, es importante que los profesores, habiendo identificado estudiantes talentosos, muestren mayor interés en trabajar no sólo sus necesidades o dificultades sino también a potenciar dicho talento. De acuerdo con las orientaciones del Ministerio de Educación Nacional esta categoría reúne a aquellas personas que presentan discapacidad en una o varias esferas del desarrollo y simultáneamente presentan capacidades o talentos excepcionales en otras. Según lo

planteado por Winner (1996), citado por MEN (2002), el término *Idiot Savant*, por ejemplo, se refiere a personas que presentan un desorden social o comunicativo severo, pero un talento en otras áreas, como la memoria visual, caracterizada por recuerdos precisos, memoria automática y minuciosa; son niños talentosos. Se considera que el *Idiot Savant* puede operar casi completa e independientemente del coeficiente intelectual. Por esta razón, una discapacidad podría enmascarar la dotación talentosa de un niño y al mismo tiempo, la excepcionalidad y el talento de un niño, podría enmascarar la inhabilidad o dificultad en él (MEN, 2002).

Después de analizar la evolución de los conceptos de inteligencia, superdotación, excepcionalidad, doble excepcionalidad y talento desde las diversas posturas teóricas, es importante destacar que los modelos y enfoques de intervención en Colombia son relativamente nuevos, pues en la segunda mitad del siglo pasado los esfuerzos se dirigieron especialmente a la población con sobredotación intelectual hasta que empezaron a surgir los talentos y las condiciones de doble excepcionalidad, así como la legislación que apoya a esta población, inclusive nombrándole como población con necesidades educativas especiales.

Enfoques teóricos en la intervención

Al abordar el tema de la excepcionalidad en la presente monografía, es fundamental tener en cuenta que al ser una condición especial que no subsana el déficit sino que desarrolla las potencialidades, se establece una revisión conceptual tanto de las formas de intervención educativa como de las estrategias y programas que proponen diversos autores para que el niño con talento y capacidad excepcional llegue al éxito y a mejorar su calidad de vida dentro de la sociedad a la cual pertenece, logrando con ello ser útil y productivo. Se menciona entonces en esta monografía las formas educativas o alternativas pedagógicas de agrupamiento y de integración-inclusión, posteriormente se revisan estrategias para el desarrollo y finalmente se mencionan los proyectos y programas de intervención como: Pedagogía Conceptual, Modelos y programas de Enriquecimiento (Enriquecimiento Psicopedagógico, Modelo Triádico, Programa Estrella de Enriquecimiento Curricular, Programa PIM de Inteligencias Múltiples), Enseñanza Precoz, Programa de Desarrollo de la Inteligencia a niños con y sin Trastornos del Desarrollo, Programa de Inteligencias de

Harvard, Programa de Enriquecimiento Instrumental, Programa para el Desarrollo del Potencial de Aprendizaje, Proyecto Cometa, Aulas Inteligentes, CAITAC y Programa Waldorf.

2.6.1 Alternativas Pedagógicas

Educación Especial o Agrupamiento: El agrupamiento o educación especial institucional pretende reunir a los estudiantes de acuerdo a sus capacidades, supeditando las demandas de los programas educativos a las exigencias intelectuales y las habilidades de los alumnos que componen al grupo; esta alternativa se basa en la premisa que argumenta un beneficio cognitivo y afectivo de los estudiantes cuando se encuentran entre pares con capacidades similares (estudios de Feldhusen, 1997 y Kulik, 1992; tomado por Alonso y Benito, 1996). En el medio se encuentran diversas formas de agrupamiento, las cuales muestran su viabilidad en mayor o menor medida dependiendo de las condiciones del grupo. Entre estas opciones de agrupamiento se encuentran:

-Tipo específico: Ubicación del estudiante en aulas exclusivas para personas en condiciones de excepcionalidad o que evidencian tener un talento excepcional (Educación Especial).

-Tipo Escuela Satélite: Agrupamiento de estudiantes durante uno o dos días en la semana en horarios extracurriculares con el objetivo de ofrecer un apoyo paralelo al obtenido en su jornada académica ordinaria (Integración tipo mixto).

-Tipo Aula Especial: Ubicación de los estudiantes en Aulas dentro del centro educativo que reúna estos estudiantes y desarrolle un currículo propio de acuerdo a las potencialidades del grupo en mención (MEN, 2002).

Es importante mencionar que para los estudiantes con un talento específico en un área el agrupamiento tipo Escuela Satélite es la forma educativa no sólo más conveniente sino la más usada, ya que ellos para el desarrollo y potenciación de su talento necesitan de un experto que les exija el máximo de calidad en sus producciones. En jornada alterna asisten a las aulas de educación formal como los niños sin estas condiciones de excepcionalidad.

Ventajas y desventajas: Como ventajas se pueden mencionar:

- Se establece un beneficio cognitivo y afectivo basado en el aprendizaje entre pares.
- Se plantea para ellos programas especializados con el fin de potenciar al máximo sus talentos.

- Los docentes de los estudiantes en condición de excepcionalidad son especialistas en el tema y por lo tanto, la exigencia de calidad en los productos es máxima.
- Puede aplicarse con ellos una diversidad de estrategias que cumplan sus expectativas, como por ejemplo la aceleración del aprendizaje y la ampliación del currículo.
- No es necesario que unos niños se atrasen en contenidos mientras otros se nivelan como sucede en las aulas regulares.
- Los programas de nivelación intelectual se realizan de la media hacia arriba y no de la media hacia abajo.
- Se potencia al máximo el desarrollo cognitivo del estudiante.
- Favorece la estabilidad afectiva y el desarrollo cognitivo del niño con capacidades.
- El 75% de los niños y jóvenes de CI muy superior presenta deterioro en el CI ante la ausencia de educación especial, según lo menciona De Zubiría (2002).

Desventajas:

- Costos elevados tanto para los padres de familia como para la misma institución.
- Estigmatización de los niños en la sociedad.
- Se presentan altas dificultades en la integración de los niños en aulas regulares al presentarse la necesidad de cambio de institución educativa.
- Agrupar a los superdotados constituye una forma de elitismo pudiendo provocar desajuste en su autoconcepto,
- En muchas ocasiones el niño en condición superdotación o excepcionalidad intelectual se siente “más” que los demás afectando notablemente su ego y dificultando así mismo sus procesos de socialización.
- Es homogenizante desconociendo los postulados del respeto a la diversidad.

Integración e Inclusión Escolar: La Integración Escolar es una de las alternativas educativas más usadas en Colombia. Se parte del lineamiento conceptual en el cual se concibe la educación como un derecho inalienable de todas las personas, por tanto debe estar fundamentada en el respeto por la diversidad de los estudiantes; en este sentido cualquier enfoque ó estrategia de atención educativa no debe ser homogenizadora. En este orden de ideas, la educación debe concebirse como un campo de acción en el cual convergen diversos enfoques y tendencias pedagógicas a la luz del beneficio de los estudiantes y sus características particulares; esto implica la necesidad de realizar cambios radicales y trascendentales en los formatos curriculares, en los cuales la diversidad se

conciba como cualidad inherente al ser humano, por consiguiente, el programa educativo debe ofrecer estrategias diversas que promuevan el desarrollo de las capacidades y habilidades de cada alumno (Marchesi y Martín, 1998).

La integración educativa ha sido definida como un proceso que requiere abordar progresivamente la mejora de las condiciones educativas de los alumnos con necesidades educativas especiales; en nuestro caso, los niños y niñas con talentos y capacidades excepcionales, a través de la asistencia del niño a las aulas regulares como los demás niños, permitiendo así el disfrute y la participación en todas y cada una de las actividades de la escuela (Verdugo, 2004). Después del auge de la educación especial en la segunda mitad del siglo XX, la modalidad de integración apareció como una alternativa educativa basada en el respeto del ser humano y en la igualdad de oportunidades. Según Barraza (2003), los contextos de uso teórico-disciplinarios desde donde es utilizado el término integración, están referidos a la lucha contra la segregación escolar, el principio pedagógico que centra la didáctica en la persona y en la aplicación de los principios de equidad e igualdad de oportunidades.

De acuerdo con lo planteado en el documento de orientaciones del MEN, el término que se ha utilizado para plantear el acercamiento de la población con necesidades educativas especiales a la educación formal ha sido la “integración”. Sin embargo, la postura de inclusión lo trasciende, para significar “que no basta con que los alumnos con necesidades educativas especiales estén en las escuelas corrientes, sino que deben participar de toda la vida escolar y social en igualdad de condiciones de los otros sujetos-alumnos”.

El modelo inclusionista se fundamenta en el derecho a la igualdad y para ello plantea que todos los niños deben acceder a todos los servicios educativos a cargo del estado y por lo tanto no es el niño quien se adapte a la escuela sino que ésta tiene la obligación de transformarse para acogerlo en las mejores condiciones posibles. Para ello la institución educativa debe realizar las adecuaciones curriculares pertinentes: reconceptualizar su Proyecto Educativo Institucional desde su componente teleológico para la atención de los niños con talentos y capacidades excepcionales; debe entonces ser reformada la gestión directiva, administrativa, pedagógica y comunitaria y quedar explícito en el documento que se presenta al Ministerio de Educación Nacional y las entidades territoriales. Esta transformación no es tarea de unos pocos sino de toda la comunidad educativa para que los procesos se den sin restricción alguna. Consiste entonces en la formación de una nueva

cultura institucional comprometida con la potenciación de las habilidades de los niños en condición de excepcionalidad.

Para que los procesos de inclusión se den a cabalidad, es necesario mencionar las adecuaciones curriculares que apoyan este tipo educativo y que deben ser llevadas a cabo con la participación directa de docentes y directivos de los establecimientos educativos que oferten este tipo de servicio. Larraguibel Q. E. (2003), citado en el mismo documento, menciona que deben existir adaptaciones curriculares que apunten a proveer a los estudiantes superdotados ó talentosos de las herramientas necesarias para su potencialización. Lo anterior en otras palabras y de acuerdo con los parámetros normativos, se refiere a que en Colombia el plan curricular puede ser organizado con cierto grado de flexibilidad (Resolución 2343 de 1996), al igual que la estructuración del plan de estudio, donde los horarios y las intensidades académicas pueden variar, con el propósito de atender las necesidades de los estudiantes.

En lo que respecta al potencial humano y físico, es indispensable que las entidades educativas cuenten con un equipo interdisciplinario de apoyo, en el cual se incluyan profesionales que tradicionalmente han apoyado los procesos de educación de la población en mención y profesionales de saberes particulares de las ciencias, las artes y las humanidades. Para lograr una educación en, con y para la diversidad, se requiere no solamente de la transformación de los procesos educativos, sino también del rol de los docentes y profesionales, el cual debe manejar como principio un carácter inter y transdisciplinar; por lo anterior, se hace necesario la integración de saberes y disciplinas a la luz de las prácticas pedagógicas. Para lograr este objetivo es estratégico que las entidades establezcan alianzas con otras instituciones, teniendo en cuenta los recursos del entorno y las gestiones con el propósito de potenciar el talento humano de los estudiantes. Otro de los recursos fundamentales va orientado a la utilización de las tecnologías a la luz de la educación y el aprendizaje; todo con el fin de propender espacios de enriquecimiento de la educación.

Ventajas y desventajas: Como ventaja se menciona a posibilidad del respeto a las diferencias individuales, a los derechos de igualdad de oportunidades, a la de socialización de los niños en condiciones ordinarias, a la no segregación y a relacionarse con personas diferentes, lo cual les permite potenciar la capacidad de interactuar con un contexto real; en este sentido, podrían ayudar a jalonar los procesos de desarrollo de sus pares y a su vez

los demás estudiantes contribuirían con el desarrollo social y emocional de los niños en condiciones de excepcionalidad.

A nivel de desventajas se dice que la integración escolar ha generado en muchos casos un proceso de inserción que no garantiza una educación de calidad para todos; además en nuestro medio la escuela aún no está preparada para ofrecer una educación adecuada para las personas con necesidades educativas especiales, en este caso con capacidades o talentos excepcionales. Son pocos los establecimientos educativos que ofrecen una oferta basada en la diversidad, los docentes todavía no han cambiado de actitud frente a los postulados de la inclusión y por lo tanto el camino se hace difícil; se requiere un programa completo de entrenamiento y asesoramiento a las instituciones y toda su comunidad educativa, en las cuales se transforme el modelo pedagógico a la luz de integrar a los niños y niñas en condición de excepcionalidad. Según De Zubiría (1997), “la integración es la peor opción para los niños con talento y capacidad excepcional porque su falta de atención adecuada promueve el fracaso escolar y los lleva a presentar muy alto nivel de desadaptación socioafectiva ; nos oponemos a los programas de integración, ya que son la mejor manera de no hacer nada diciendo que sí se hace y que han sido invalidados en las investigaciones nacionales e internacionales”

2.6.2 Estrategias pedagógicas

Teniendo en cuenta que para los alumnos que presentan un talento excepcional específico se brindan estrategias de apoyo exclusivamente en el área donde muestren su mayor habilidad y según los planteamientos emanados en Colombia por el MEN para la atención educativa de los niños y niñas con capacidades excepcionales generales o específicas, se han establecido las siguientes estrategias:

Estrategias de enriquecimiento: Consiste en la ampliación del conocimiento, la comprensión, los procesos y las habilidades, más allá de los programas curriculares del sistema educativo (Braggett 1994, citado por De Zubiría, 2002). Esto conlleva a la necesidad de adaptar los planteamientos institucionales y conducirlos progresivamente a una individualización de la enseñanza para orientar los programas académicos a la potencialización de cada estudiante y sus habilidades particulares. Las actividades de estimulación tienen como finalidad motivar a los estudiantes hacia las áreas fundamentales o sus asignaturas, estableciéndoles mayor intensidad horaria, utilizando el 20% dado a las

áreas optativas. Esta estrategia contempla los aspectos de desarrollo personal del niño en todos los ámbitos y es válido para todas las formas de superdotación y talento. Como desventaja se puede mencionar que es la estrategia más costosa, requiere una infraestructura muy elaborada que permita la individualización, precisa de una formación superior por parte de los maestros e implica un trabajo curricular mucho más extenso que el habitual.

Entre los programas de enriquecimiento se pueden mencionar: Enriquecimiento Psicopedagógico, Modelo Triádico, Programa Estrella y Programa de Inteligencias Múltiples (PIM), los cuales se ampliarán más adelante.

Condensación del currículo ó currículo comprimido: Se ha definido como un proceso en el cual se logra una adaptación ó supresión de ciertos elementos del programa escolar con el propósito de ofrecer oportunidades ajustadas al interés y las potencialidades del estudiante. Se requiere que el docente conozca muy bien los contenidos y logros de cada grado escolar, académicos y conceptuales referentes a diferentes temáticas para poder brindarle al alumno una alternativa de enriquecimiento ó profundización del tema, mientras el resto de los estudiantes aprende lo que está programado en el plan. Renzulli menciona la importancia de utilizar actividades de enriquecimiento o de profundización como alternativa pedagógica. En estos casos es recomendable que el docente exija al estudiante un producto de calidad que justifique haber utilizado este tipo de estrategia (MEN, 2002).

Aceleración: Es un proceso en el cual se logra incorporar un ritmo más rápido en el aprendizaje de los estudiantes de acuerdo a las necesidades particulares y las habilidades detectadas en los alumnos talentosos ó en condiciones de excepcionalidad. El propósito fundamental de esta estrategia, es ubicar al estudiante en una condición curricular de dificultad suficiente y al nivel de sus capacidades. Dentro de las posibilidades de aceleración se mencionan las siguientes: Inicio temprano del preescolar ó la primaria cuando el niño muestra un nivel de desarrollo precoz suficiente para iniciar procesos de lectura y escritura; promoción de curso cuando un estudiante de básica o media ha mostrado suficiencia en los diversos dominios curriculares; promoción de materias en el caso de los talentos específicos que muestran habilidad mayor y significativa en un área del saber e ingreso precoz a la universidad que puede ser parcial o total con acompañamiento institucional. No obstante la implementación de este recurso debe realizarse con cautela puesto que en muchos casos, por tener el firme propósito de fortalecer una nivelación y

estimulación cognoscitiva, se descuidan las necesidades emocionales, afectivas y sociales de estos estudiantes (MEN, 2002). Esta estrategia es válida por cuanto se promueve un adelanto en el dominio del aprendizaje, tanto a nivel de técnicas como de formación, hay un avance a un ritmo más rápido, evita que se produzcan resultados negativos para el buen desarrollo de sus potencialidades (aburrimiento, indisciplina, fracaso escolar, etc.), resulta motivante, es rápido y económico y no requiere mayores esfuerzos por parte de la institución educativa. Pero, como desventaja se menciona que olvida un elemento importante: la superioridad no tiene por qué estar asociada a un desarrollo afectivo igualmente avanzado, puede provocar problemas de tipo emocional y social al superdotado como la disincronía evolutiva (Terrasier, 1989).

Tutorías: Consiste en responsabilizar a un estudiante en condiciones de excepcionalidad o con un talento específico en condición de monitor del proceso de aprendizaje de un estudiante con un rendimiento inferior ó por debajo del nivel del grupo; esta estrategia ha sido muy implementada y con gran éxito en los programas de Escuela Nueva del país a través de las estrategias del aprendizaje cooperativo y menciona la posibilidad del factor motivacional para potenciar el aprendizaje entre pares. No sólo promueve la nivelación académica de los niños menos dotados o con dificultades sino que potencia otros tipos de talentos en los monitores. En el caso de los talentos específicos es bastante utilizado para desarrollar habilidades en niños aprendices, para ocupar el tiempo libre y lo que es más importante, para el desarrollo de la autodisciplina y autonomía.

Homeschooling: Se entiende como un movimiento educativo muy implementado en los Estados Unidos para la población en condiciones de excepcionalidad. Consiste en la formación de los estudiantes a través de un programa implementado en sus propias casas debido a las grandes dificultades del niño excepcional para integrarse a la escuela ordinaria, como por ejemplo en el caso de los niños en condición de autismo. Pese a que se considera una opción válida para esta población, obstaculiza el desarrollo de habilidades interpersonales con pares, puesto que bajo estas condiciones el estudiante no recibe su preparación académica en situaciones grupales y por tanto no experimenta la interacción con compañeros de su edad (Winner, 1996 citado en MEN, 2002). Históricamente muchos talentosos han sido formados en sus hogares y no deja de ser una opción válida para la atención a esta población. Muchos niños siguen este modelo porque la escuela (privada o pública) no ha sido la mejor alternativa para ellos, de manera que sus necesidades

especiales no han sido suplidas en un entorno normal. Los padres de familia deben contar con un programa instruccional y un grupo de profesionales de apoyo que los orienten sobre los planes de estudio a seguir. Desarrollar un currículo apropiado para esta estrategia es similar a como debe desarrollarse en una clase normal, o especial, teniendo en cuenta los intereses y habilidades de cada sujeto.

2.6.3 Proyectos, Programas y Propuestas de Intervención

Pedagogía conceptual

El tipo de agrupamiento en institución de educación especial en Colombia fue inicialmente promovido por Miguel y Julián de Zubiría, quienes en sus investigaciones que datan de la década de los 80, decidieron reunir en el Instituto Alberto Merani (IAM) a los niños superdotados intelectualmente. Fue entonces como por medio de la aplicación de una prueba estandarizada (Escala Wechsler) evaluaban a los niños y lograban el ingreso sólo aquellos que puntuaban un coeficiente intelectual mayor a 130. El 5 de febrero de 1988, contando con la presencia de 42 niños y 12 maestros, se dio inicio a la primera experiencia para formar y orientar a niños y jóvenes de capacidades excepcionales en Colombia para el desarrollo de competencias cognitivas y valorativas y para la detección y promoción del talento. Con la creación del Instituto se abrió un amplio espacio para la investigación, capacitación, detección y promoción del talento y la excepcionalidad en nuestro medio. El enfoque pedagógico del IAM se basa en los trabajos de Piaget, Vigotsky, Wallon y Merani y se ha validado durante años de experiencia constituyéndose en un constructo teórico que potencia habilidades y que se ha llamado “Pedagogía Meranista”. En esta se establece como tarea prioritaria de la escuela, la formación en competencias afectivas, cognitivas y prácticas de los estudiantes y plantea la importancia del carácter mediador del docente y el papel activo del estudiante en todo el proceso de desarrollo (De Zubiría, 2002). Las estrategias fundamentales de intervención que se han investigado y aplicado en el IAM son: La Teoría de las Seis Lecturas, Pedagogía Conceptual como Modelo Pedagógico, Las Experiencias Cruciales y La Investigación.

Por su parte, la Fundación Alberto Merani para el Desarrollo de la Inteligencia, FAMDI, promueve el modelo denominado *Pedagogía Conceptual*, que potencia las habilidades sobresalientes en los niños más dotados intelectualmente para responder a las necesidades del mundo de hoy. Busca promover el pensamiento, las habilidades y los valores en los

niños y niñas, diferenciándolos según el tipo de pensamiento por el cual atraviesan (y su edad mental), y actuando de manera consecuente con esto, garantizando además que “aprehendan” los conceptos básicos de las ciencias y las relaciones entre ellos. Las etapas en el desarrollo del pensamiento para esta teoría son: Pensamiento Nocional, Proposicional, Conceptual, Formal, Categorical y Científico, a través de los cuales se busca formar instrumentos del conocimiento por medio del desarrollo de las operaciones intelectuales y privilegiando los aprendizajes abstractos sobre los particulares y específicos. El perfil de acuerdo al cual el modelo de la pedagogía conceptual busca formar a los individuos, es el de formar personalidades capaces de crear conocimiento de tipo científico o interpretarlo en el papel de investigadores.

Como postulados fundamentales se han establecido (De Zubiría, 1997):

- La escuela debe desarrollar el pensamiento, las habilidades y los valores.
- La escuela debe garantizar que los niños aprehendan los postulados básicos de las ciencias y las relaciones entre ellos.
- La pedagogía de la enseñanza y del aprendizaje son diferentes.
- Los enfoques pedagógicos deben favorecer el desarrollo del pensamiento y diferenciar los instrumentos del conocimiento de las operaciones intelectuales.
- Todos los alumnos están en períodos evolutivos diferentes.
- Existen periodos del desarrollo del pensamiento posteriores al formal.

La estrategia didáctica por excelencia en este modelo la constituye los mentefactos o representaciones mentales que están diseñados de acuerdo con el nivel de pensamiento de los niños y serían entonces mentefacto nocional, proposicional, conceptual, formal, categoría e hipotético o científico.

La aplicabilidad de la teoría en el aula de clase y en el currículo, se basa en el triángulo humano: sentimiento, pensamiento y acción y por lo tanto todos los componentes del currículo tendrán sus propósitos, enseñanzas, evaluación, didácticas y recursos afectivos, cognitivos y expresivos con el fin de abarcar todo el esquema del desarrollo del ser.

En cuanto a La Teoría de las Seis Lecturas, Miguel de Zubiría menciona que la lectura y la escritura son la estrategia por excelencia para desarrollar la estructura cognitiva y que leer no es simplemente decodificar; menciona que el acto lector y el acto escritor corresponde a una serie de procesamientos secuenciales y no únicamente a identificar letras, sonidos y sílabas que arman una palabra y que por lo tanto es imposible que un niño aprenda a leer en primero de primaria.

Para Pérez (1992), mencionado por De Zubiría (1996), “la lectura es un proceso cognoscitivo muy complejo que involucra el conocimiento de la lengua, de la cultura y del mundo” (p. 56) y por tanto, leer no es simplemente traducir signos impresos. Aparte del procesamiento fonético y del desarrollo de tipo perceptual que se realiza en los primeros grados de escolaridad, propuso otros cinco tipos de lectura que se interconectan con los procesos de pensamiento que se mencionaron anteriormente y suman las seis lecturas:

Lectura Fonética: Decodificación de primer orden para la interpretación de fonemas y grafemas.

Decodificación Primaria: Su propósito es transformar las palabras percibidas a sus respectivos conceptos.

Decodificación Secundaria: Comprende un conjunto de suboperaciones cuya finalidad es extraer los pensamientos o significados de segundo orden contenidos en las frases.

Decodificación Terciaria: Su propósito es descubrir la estructura semántica del texto entendida ésta como una organización de proposiciones relacionadas entre sí mediante diversos conectores entre las proposiciones.

Lectura Categorical: Busca generar una representación mental del referente del texto, producir un modelo mental de un mundo real o hipotético en el que el texto cobra sentido.

Lectura Metasemántica: Su finalidad es contrastar o contraponer la obra leída con las tres instancias externas al texto: el autor, la sociedad en la cual vive y el resto de escritos. Consiste en comparar y hacer corresponder el sistema de ideas contenidas en el texto con otros sistemas.

Los teóricos y pedagogos colombianos se han referido a esta teoría como uno de los enfoques pedagógicos de la postmodernidad.

Desde este modelo, para los alumnos que evidencian un talento excepcional específico se brindan estrategias de apoyo, exclusivamente en el área donde muestran tener la habilidad. Los componentes de un programa de enriquecimiento para talentos excepcionales se han estructurado bajo los siguientes parámetros, según lo planteado por el Ministerio de Educación Nacional (2002) y retomando los planteamientos de De Zubiría (2002):

Competencias Intelectuales: Donde se le enseña al joven conocimientos relacionados con la disciplina y metodologías de acción e investigación. Se pretende que los jóvenes con características excepcionales logren una transición exitosa hacia adultos creadores, enfrentándolos a situaciones problemáticas, donde ellos deban reestructurar el espacio de tarea e implementar sus propias metas.

Competencias Comunicativas: Los estudiantes deben conocer y dominar los sistemas de comunicación propios de su área de trabajo, como la expresión y manejo de público, foros, ensayos etc.

Educación de la excepcionalidad: Es importante señalar que en la última fase (grado 9°) de la potenciación del talento, se requiere la realización de contactos con institutos especializados en los dominios de trabajo de los talentos para que estos empiecen a acogerlos (De Zubiría, 2002). Es importante resaltar la importancia que para el programa tienen los docentes, deben ser expertos en el área de formación específica y haberse proyectado con productos tangibles. Además existe un momento de la formación al haber realizado bien el proceso, en donde el alumno supera al maestro; en ese momento, cuando las instituciones ya no pueden acoger a los talentos se considera la posibilidad de abrir espacios para que los estudiantes interactúen con otros especialistas, trabajando en centros de investigación. Las universidades son excelentes escenarios donde los estudiantes pueden asistir a clases de carreras afines contando con los apoyos necesarios, en especial en el plano afectivo emocional, para evitar deserciones y fracasos posteriores.

Modelos y programas de enriquecimiento

Se refiere a los contextos ó campos de intervención diseñados desde una perspectiva creativa e innovadora y dirigidos a los alumnos con capacidad superior. Este modelo no se centra exclusivamente en implementar adaptaciones a los currículos, ni suponen aceleraciones en los cursos a grados superiores; por el contrario, tienen como eje fundamental el optimizar procesos de pensamiento y estrategias de “aprender a aprender”, logrando conseguir en los estudiantes un aprendizaje autónomo y autorregulado (Pérez, 2006).

Las estrategias de enriquecimiento tienen como propósito, lograr que el estudiante tenga la posibilidad de profundizar en el conocimiento del programa curricular regular; incluso busca como finalidad favorecer en el niño la adquisición de conocimientos especiales de otras áreas del saber dentro y fuera del aula regular. Para ello se tiene en cuenta su desarrollo social de acuerdo a la edad cronológica, con el objetivo de ubicarlo en aulas con pares de su misma edad y que aprenda a trabajar también con ellos. No incluye la aceleración como parte del programa.

Según Pérez, L. y Lleras, J. (s.f.) los programas de enriquecimiento pueden abarcar tres aspectos fundamentales:

Enriquecimiento de los contenidos curriculares: Consiste en adaptaciones y ampliaciones del currículo y el apoyo de tutores y monitores.

Enriquecimiento del contexto de aprendizaje: Implica diversificación curricular, contextos enriquecidos, agrupamientos flexibles y contextos institucionales abiertos, interactivos y autorregulados.

Enriquecimiento extracurricular: Consiste en programas de desarrollo personal de fines de semana y cursos de verano, programas con mentores y de enriquecimiento cultural fuera de la escuela.

Modelo de enriquecimiento psicopedagógico: Alonso y Benito (1992), proponen un *Modelo de enriquecimiento psicopedagógico y social* en el cual se retoma el concepto de superdotación (excepcional general) desde un enfoque multidimensional. Dentro de su explicación describen al niño y sus características teniendo en cuenta factores sociales, actitudinales, cognitivos y afectivos logrando una aproximación a sus habilidades y debilidades a partir de la aplicación de pruebas psicométricas, observaciones semi-

estructuradas y entrevistas; herramientas que también son esenciales, para analizar los altos niveles de capacidad cognitiva (Santos, 1995, citado por Alonso y Benito, 1992).

Juan A. Alonso en su artículo "Educación de los alumnos con sobredotación intelectual" publicado en el boletín del Colegio Oficial de Doctores y Licenciados de España en Octubre de 2003, menciona que la educación de los niños con sobredotación puede hacerse bajo diversas estrategias: aceleración, aulas especiales, adaptaciones curriculares en aulas ordinarias, ampliación del currículo y homeschooling. Los niños en condición de superdotación deben contar con diversas posibilidades educativas dependiendo del nivel de desarrollo y de las características particulares; inclusive un mismo niño puede pasar de un sistema a otro para potenciarlo según su necesidad individual. Pero para que estas estrategias funcionen con calidad es necesario tener un docente con características que faciliten el aprendizaje de los alumnos con sobredotación intelectual. Los estudios de Catherine Clark, Whitlock y Ducette (1989), Silver y Hanson (1988), Tuttle y Becker (1980) y Store (1985) citados por Alonso (2003) mencionan: relaciones físicas positivas y cercanas que apoyen el aprendizaje, continuo contacto visual con los niños, cantidad y calidad en la interacción verbal, uso del tiempo en forma flexible y programada, reprogramaciones de acuerdo con las necesidades de los niños y tomar como objetivo esencial del aprendizaje el producto y no sólo el proceso.

Alonso plantea que la enseñanza debe dirigirse siempre a la zona de desarrollo próximo que se concibe como la distancia existente entre lo que el niño puede realizar independientemente y por él mismo y a dónde puede llegar con la ayuda de los adultos o compañeros más adelantados. Vigotsky (1977) sostiene que los niños más inteligentes muchas veces tienen una zona de desarrollo próximo más estrecha. Otro de los planteamientos importantes de este autor radica en la imperiosa necesidad de que los niños en mención reciban una educación especial, no para que sean útiles a la sociedad ni para que lleguen a ser grandes científicos, sino porque aprenden de forma diferente y más rápida que otros niños, ya que en caso de estar en otras condiciones educativas, se les estaría negando la posibilidad de desarrollar al máximo sus potencialidades para que en un futuro sea el artífice de su propio destino. Además lo que verdaderamente debe buscar la educación no es formar adultos excepcionales sino personas felices.

Modelo triádico: "El modelo triádico" de J. Renzulli (Mirandés, s.f.), aporta una serie de elementos y actividades utilizadas como parámetros para la elaboración de programas de

enriquecimiento. Este modelo propone tres tipos de actividades: las de exploración general, las de entrenamiento grupal (apropiadas para todos los alumnos y a la vez ayuda a los más dotados a ampliar su desarrollo e intereses) y las de investigación de problemas reales (que contribuyen al desarrollo del pensamiento y el método científico y ayuda a los estudiantes a convertirse en verdaderos investigadores, trascendiendo los límites del currículo institucional).

Programa Estrella de Enriquecimiento Curricular: El Programa Estrella es un programa de apoyo al desarrollo personal en Colombia con una larga experiencia. A él acuden desde 1990 alumnos entre 4 y 16 años a realizar actividades de enriquecimiento de fin de semana. Este programa tiene como ejes fundamentales los siguientes objetivos: conseguir un desarrollo personal armónico, potenciar el empleo de procesos de pensamiento, desarrollar habilidades relacionales entre iguales, prevenir dificultades de aprendizaje, disfunciones conductuales y problemas motivacionales.

Con el propósito de cumplir con estos objetivos, el programa dentro de sus áreas de intervención y el desarrollo de actividades, maneja un entrenamiento cognitivo que consiste en ayudar a desarrollar la inteligencia y conseguir que los sujetos de alta capacidad intelectual obtengan mayor provecho de sus recursos intelectuales. Es necesario iniciar este entrenamiento en edades tempranas facilitando así la manifestación de su capacidad. Paralelo a la potenciación cognitiva, también se realiza una intervención en el campo psicosocial, en el cual se proponen actividades orientadas a un mejor conocimiento y aceptación de la propia persona y de sus diferencias con los demás. Por último se desarrollan actividades orientadas al enriquecimiento específico, en donde el trabajo se orienta a potenciar el desarrollo cognitivo hacia el conocimiento científico, fortaleciendo el interés y motivación en los alumnos. Las actividades se realizan en forma grupal fomentándose de esta manera las buenas relaciones y el cooperativismo (Valadez, Betancourt y Zabala, 2006).

Los contenidos y las tareas se agrupan en las siguientes áreas:

- *Entrenamiento cognitivo o modulación cognitiva:* Desarrollo de habilidades cognitivas, psicosociales y afectivas como base del pensamiento superior y la superdotación.
- *Asesoramiento personal-social para los alumnos y sus familias:* Actividades dirigidas al autoconocimiento y la autoaceptación y la aceptación de la diferencia (habilidades sociales)

- *Actividades de enriquecimiento específico.* Actividades que potencian el desarrollo cognitivo hacia los conocimientos científicos. Las áreas de enriquecimiento son: proyectos singulares, ciencia divertida, tecnología (ofimática, internet, robótica, diseños audiovisuales, fotografía), arte, literatura, ajedrez, teatro, astronomía y astrofísica, actividades de la naturaleza y visitas de interés a museos, exposiciones y actos científicos.

- *Experiencias entre iguales:* Actividades de convivencia en torno a temas científicos.

Programa PIM (Programa de Inteligencias Múltiples): Valadéz et al (2006), mencionan que es un programa de enriquecimiento a través de las inteligencias múltiples orientado a la intervención por medio de la observación, el descubrimiento de habilidades y la identificación de los estilos de trabajo, haciendo hincapié en el reconocimiento de la actuación del estudiante en diversas áreas de conocimiento. El propósito fundamental se centra en introducir al niño en tareas y habilidades enmarcadas en un “currículo enriquecido” que les permita mantener la motivación y acceder a aprendizajes significativos. Para esto se realizan actividades donde se construya el conocimiento y se desarrolle un producto concreto que dé cuenta de lo aprendido. Dentro de este proceso se tienen en cuenta el desarrollo de cuatro tipos de pensamientos principales: El *disposicional* (sensibilización y motivación hacia el aprendizaje), el *analítico sintético* (organización de la información), el *aplicado* (cerrar el aprendizaje) y el *directivo* (meta - cognición, planificar y controlar el proceso).

El programa se fundamenta en tres ejes centrales: el primero de ellos supone la identificación de las fortalezas de las 8 inteligencias con las que cuenta el estudiante; paralelamente se debe identificar posible desfase de alguna de ellas. El segundo eje, consiste en introducir a los niños en el conocimiento de los diferentes contenidos y perspectivas que sustentan las distintas inteligencias. El último se orienta principalmente a la aplicación del conocimiento reforzando los procesos de pensamiento especificados anteriormente (disposicional, analítico sintético, el aplicado y el directivo), para lo cual se desarrollan y estructuran actividades que conlleven a ese fin.

Dentro de este programa se puntualizan tres parámetros conceptuales fundamentales que se implementan para el aprendizaje dentro del contexto de la superdotación; el primero argumenta que toda persona cuenta con la capacidad de desarrollar las ocho inteligencias; dichas inteligencias funcionan juntas y de manera particular en cada persona y con distinta

intensidad. La mayor parte de las personas superdotadas logran desarrollar la mayoría de las inteligencias ó sólo algunas. En un porcentaje alto las personas logran desarrollar cada inteligencia en un nivel razonable y competente; el nivel se determina por el apoyo que se tenga para lograrlo. El tercer parámetro determina que todas las inteligencias funcionan de manera holística; en casos excepcionales, como las personas con daño cerebral, parece existir una predeterminación hacia el desarrollo de una habilidad específica.

Ventajas y desventajas: Los Programas de Enriquecimiento tienen las siguientes ventajas:

- Desarrolla habilidades metacognitivas.
- Favorece el avance al ritmo de cada uno y de acuerdo a sus posibilidades.
- Desarrolla el dominio de técnicas que contribuyen al mejor desarrollo del pensamiento.
- Ejercita la capacidad de trabajo comunitario.
- Va más allá del conocimiento llevando al alumno a la aplicación del mismo.
- Favorece la construcción de una personalidad reflexiva y crítica, autogestionadora y autorregulada.
- Es motivador para el superdotado porque responde a sus intereses disminuyendo así las posibles deserciones escolares.
- Respeto el desarrollo cronológico, favoreciendo un desarrollo social, biológico y psicológico más saludable.
- Favorece no sólo a los superdotados, sino a toda la población estudiantil.
- Permite que se manifiesten los talentos particulares de cada niño o niña.
- Optimiza las estrategias del aprender a aprender.

La desventaja primordial radica en que los costos iniciales podrían ser muy elevados, pues requiere de mucha capacitación y trabajar con grupos pequeños, para poder responder a todos y cada uno de acuerdo a sus necesidades particulares y al grupo como tal.

Programa enseñanza precoz

Las investigaciones en neurociencias han permitido corroborar los cambios que se producen a nivel neurológico a partir de los procesos de aprendizaje; de igual manera han determinado que durante los primeros años de vida, el incremento de conexiones se realiza con mayor facilidad. Basados en estos conocimientos, el programa Enseñanza Precoz, busca favorecer el desarrollo del mayor número de redes neuronales desde los primeros días, por medio del aprendizaje de ciertas habilidades, la estimulación de los sentidos y un

buen desarrollo emocional, que como se sabe, depende del sistema límbico y desempeña un papel fundamental en los procesos de memoria. Los modelos de enseñanza precoz basan su planteamiento en la plasticidad cerebral; todas las experiencias de estimulación de calidad y enriquecidas favorecen la formación de redes neuronales y su permanente activación, potenciando así la inteligencia en el niño; numerosas investigaciones hechas en el mundo afirman que los niños aprenden más cuanto más pequeños son, las conexiones cerebrales implicadas en procesos físicos y mentales de muy diversa índole se adquieren más fácilmente y se estabilizan mejor a edad temprana (Calatrava, s.f.).

En Colombia existen numerosas experiencias con Enseñanza Precoz y entre ellas vale la pena destacar la de la señora Magdalena Granés Morales, quien después de aplicar en sus hijos este sistema, creó todo un material organizado para la enseñanza de la misma y continuó con la fundación del colegio Calatrava en la ciudad de Montería, el cual se ha constituido en un modelo para otros colegios e instituciones de enseñanza precoz en nuestro país, en ciudades como Montería, Cartagena, Barranquilla, Mompox, Bucaramanga, Socorro, Capitanejo, Pereira, Medellín, Bogotá y Santa Rosa de Osos.

El modelo de Enseñanza Precoz que propone la autora, se dirige no a niños con excepcionalidad sino a todos los niños; la autora menciona que el problema de la educación tradicional es que dirige todos sus esfuerzos a compensar las falencias o déficits en los niños que resultan de la comparación entre el contenido curricular y lo que el niño sabe; propone en cambio, que los niños deben aprender en consonancia con sus potencialidades y sus talentos; las capacidades de ellos deben ser detectadas a la más temprana edad y construir con ello un currículo enriquecido y en especial muy flexible, que tienda a formar de una manera armónica e integral de tal forma que le permita al estudiante educarse en todas las áreas y no solamente en aquellas en las que posee talentos o facilidades.

Los colegios de enseñanza precoz en su proyecto educativo han incluido ciertas pautas metodológicas importantes a saber: énfasis en la lectura a través de un plan lector por áreas, elaboración de una tesis en grado noveno de básica con la cual justifica la elección vocacional que realizará para ingreso a la media académica, ya sea en ciencias naturales o en literatura y humanidades y unas prácticas con los niños de preescolar en las cuales aplican los métodos de enseñanza precoz aprendidos en el colegio (Granés, 2004) .

En los Estados Unidos diversas instituciones y organismos gubernamentales han tomado conciencia de este hecho. El programa de Chicago "Parent-Child Program", por ejemplo, recomienda no sólo hacer la educación temprana accesible a todos los niños de tres años, sino que señala además cómo "dentro de las diferentes inversiones que una nación puede hacer, pocas son mejores que aquellas en las que se invierte en los ciudadanos más jóvenes y en las que se apoyan programas de educación en la temprana infancia" (Young, 2003).

Ventajas y desventajas: Como ventajas tenemos que:

- Contempla los aspectos de desarrollo personal del niño superdotado en todos los ámbitos.
- Es válido para todas las formas de superdotación y talento.
- Beneficia no sólo a los estudiantes talentosos sino a todos los niños.
- Potencia las capacidades cerebrales y emocionales a través de la estimulación temprana de las redes neuronales desde las primeras experiencias de vida.

Y como desventajas se menciona:

- Requiere una infraestructura muy elaborada que permita la individualización.
- Precisa de una formación superior por parte de los maestros.
- Implica un trabajo curricular mucho más extenso que el habitual.
- Expone a los niños al ingreso a la educación superior y compartir estudios y trabajos con jóvenes, cuando apenas están en las primeras etapas de la adolescencia (13 o 14 años).

Programa de desarrollo de la inteligencia a niños con y sin trastornos del desarrollo

El norteamericano Glenn Doman fundó en Filadelfia en la década de los 70 el Instituto para el Desarrollo del Potencial Humano, programa que se ha ido extendiendo en el mundo y en especial en países europeos. Parte del postulado de que todos los niños son potencialmente inteligentes, pero que pierden esta capacidad por la falta de estimulación adecuada en los primeros años de vida y por los métodos educativos deficientes de la mayoría de los países del mundo.

El método Doman propone programas completos de estimulación neurológica para lograr un óptimo desarrollo motor y un alto nivel en las áreas visual y auditiva, fundamentales para la adquisición del lenguaje oral y de la lectura y la escritura en la escuela. Los métodos de Doman se basan en programas estructurados sistemáticos e intensivos que tienen en

cuenta todos los aspectos de la inteligencia desde la emocional hasta la social, cognitiva y física.

Rosario Vega y Víctor Estalayo, educadores especialistas en estimulación y discípulos de Doman, mencionan que los bebés necesitan recibir estímulos de alta calidad desde el nacimiento; si los estímulos son escasos, irregulares o de pobre calidad el cerebro se frena y desarrolla sus capacidades tarde y mal; por el contrario la estimulación temprana, abundante, sistemática y de calidad garantiza “un ritmo vivo en el proceso de adquisición de niveles cerebrales superiores y el logro de un buen nivel intelectual; se favorece la plasticidad cerebral y se vuelve más moldeable estableciendo conexiones neuronales con mayor facilidad, rapidez y eficacia” (VEGAKIDS, s.f.).

De acuerdo con los planteamientos de Glenn Doman, las condiciones de una estimulación temprana de calidad son:

Sistemática. Es decir, regulada por un plan que se realice a diario sin subordinarlo a ninguna clase de circunstancias: euforia o desdicha, bienestar o malestar, vacaciones o trabajo intenso. El cerebro es mucho más exigente que la necesidad de alimentación y necesita que alguien cuide de él con el mismo esmero.

Abundante. Es conveniente contar con un plan inteligente de estimulación que tenga en cuenta la importancia de los intervalos entre sesión y sesión. Cuando las vías nerviosas están saturadas no procesan los estímulos. Pero, si no se estimulan el cerebro languidece; es como si de dejara de fluir la savia en un vegetal.

El Instituto de Desarrollo Infantil y Centro Bérard de Reeducción Auditiva de España VEGAKIDS tiene variados programas para la estimulación y el desarrollo de la inteligencia dirigidos a: niños antes del nacimiento, desde su nacimiento, de 0 a 6 años, de cualquier edad con problemas de aprendizaje, lesiones cerebrales, autismo, síndrome de Down, madres gestantes, padres, personas depresivas, profesionales, educadores infantiles de primaria y preescolar, colegios, universidades y otros centros de formación del profesorado. El instituto en mención argumenta que: “todos los niños tienen derecho a ser inteligentes, a disfrutar aprendiendo, nadie puede ni quiere aprender tanto ni tan bien como un niño menor de seis años, si los niños no tienen la inteligencia suficiente, la obligación de ir al colegio a diario se convierte en una condena a trabajos forzados (VEGAKIDS, s.f.).

El Método Doman incluye entre otros, programas especiales en matemáticas como el Método Kumon y los Bits de Inteligencia, juego que se ha implementado con éxito en España en los últimos 20 años, catalogado como un juego mágico que se puede utilizar con provecho en todos los niveles educativos. Doman inicialmente creó el juego para la estimulación visual de los niños con problemas cerebrales; consiste en una serie de imágenes que representan cualquier elemento de la cultura humana y se basa en la premisa que el cerebro del bebé es capaz de comprender la palabra que llega a los oídos; así puede comprender también la palabra que entra por los ojos. Al niño no se le explica nada, no tiene que entender ninguna regla ni juntar letras, simplemente se le presentan cierta cantidad de tarjetas y palabras con cierta rigurosidad en el tiempo de presentación y así el niño guarda en su memoria todo lo que ve y oye, para después ser utilizado y aprender en una forma más rápida y mejor los contenidos escolares.

Programa de inteligencia de Harvard

Es un proyecto que surgió a partir de investigaciones de la Universidad de Harvard para potenciar la inteligencia en los niños. Se inició en Venezuela con el Dr Luis Alberto Machado, quien en compañía de otros colaboradores intentó determinar cómo podría realizarse una innovación acorde con los objetivos del gobierno y los medios destinados al proyecto, de tal forma que ayudara al diseño de un programa para desarrollar métodos que pudieran ser empleados en la enseñanza de las habilidades de pensamiento en el sistema escolar secundario venezolano. Como objetivo se planteó aumentar la capacidad de los estudiantes para realizar una serie de tareas intelectualmente exigentes y aumentando paulatinamente sus niveles de dificultad. Se inició con un pilotaje en el que participaron un grupo experimental y un grupo control. Al final de la experiencia se pudo constatar a partir de los resultados de las pruebas, que los dos grupos mejoraron debido a factores relacionados con la motivación, por tiempo de maduración y por el interés de los docentes de que todos aumentaran su rendimiento.

De acuerdo con Rupérez, Cacho y Castro (2004), el proyecto se sustenta en la teoría socrática, en la metodología piagetiana por el fundamento en los procesos cognitivos, en teoría multifacética de la inteligencia en su línea cognitiva y en Bruner por cuanto el crecimiento intelectual supone una independencia creciente de la respuesta frente al

estímulo inmediato. Su fundamentación está situada entre teorías del aprendizaje por descubrimiento y de las del aprendizaje por recepción: desarrolla aprendizajes significativos que enlazan con los conocimientos del alumno y se proyectan en situaciones futuras. Además, los autores del PIH, parten de la modificabilidad de la inteligencia, bajo el supuesto que la inteligencia se transforma en forma activa gracias a la intervención sistemática en los procesos cognitivos, a través de aquellos programas que convergen todos sus esfuerzos en desarrollar los procesos de *enseñar a pensar*.

El PIH pretende desarrollar habilidades cognitivas que sean útiles en sí mismas y que faciliten la adquisición de otras habilidades, estrategias, procesos y conocimientos, generalizables a la vida personal, social y laboral del alumno. El proyecto se caracteriza por ser un *compensador de habilidades cognitivas* que la escuela ordinaria no cultiva directamente; además es transferible a otras áreas curriculares, es ameno, motivador e integrador. Consta de 13 volúmenes los cuales tratan de la información general pertinente, de manuales para el profesor y cuadernos de materiales de apoyo. Pueden beneficiarse de él niños desde los 8 años, personas que no han adquirido estrategias de pensamiento propias de la edad y niños y jóvenes de todas las etapas del desarrollo y de todos los niveles educativos.

El PIH distingue 4 factores en la ejecución intelectual: **Habilidades** (actividades como comparar, clasificar, descomponer, generar criterios, argumentar); **métodos** (aprender a leer y releer un problema, pensar en un problema simple similar al dado, escribir en palabras propias, información dada); **conocimientos** (conceptos o principios que los alumnos deben comprender, buscando un equilibrio entre el conocimiento y habilidades) y **actitudes** (puntos de vista, opiniones a desarrollar para mejorar la ejecución intelectual, tales como: despertar el sentido de la curiosidad, despertar interés por resolver el por qué de las cosas, despertar el respeto hacia las opiniones de los demás y despertar la sensación de logro y de competencia personal).

El PIH establece en el aula de clase una metodología específica para que el alumno desarrolle sus guías de trabajo conociendo los objetivos de cada tarea con anterioridad y menciona la importancia del rol del profesor como mediador en el proceso. El docente debe facilitar el aprendizaje en la aplicación de las diversas estrategias, presentar a los alumnos situaciones interesantes y difíciles de resolver para que los alumnos apliquen principios y técnicas de competencia intelectual que el mismo estudiante debe descubrir. El profesor al

facilitar experiencias de aprendizaje exitosas promueve confianza en sí mismo y el interés del alumno; al reforzar los esfuerzos de pensar aprovechan los errores como nuevas oportunidades de aprendizaje, evalúa el proceso y fomenta la capacidad de preguntar y debe fomentar el transferir de forma explícita para que se generalice un determinado entrenamiento.

Ventajas y desventajas: Como ventajas se mencionan:

- Participación activa del alumno.
- Carácter intrínsecamente motivante: el profesor enseña al alumno a descubrir.
- En el profesor se exigen las siguientes estrategias: evitar proporcionar respuestas a preguntas, crear una atmósfera de libertad, admitir ante los alumnos sus propios errores, estimular a los alumnos a preguntar, reforzar los aciertos, implicar a todos los alumnos.
- Fomenta actitudes de: participación, sistematización, reforzar la autoestima, respetar al otro, ser organizado, aprender de los errores, potenciar habilidades cognitivas.
- Desarrolla capacidad de observación, reflexión, autorregulación del propio pensamiento.
- Implanta métodos y estrategias en determinadas tareas.
- Es aplicable no solo en el contexto escolar sino empresarial y gerencial, porque apunta a estructurar un pensamiento equilibrado (ORIENTARED, s.f.).

No se han encontrado desventajas a este programa.

Programa de Enriquecimiento Instrumental

El Programa de Enriquecimiento Instrumental (PEI) de **Reuven Feuerstein** es uno de los programas más conocidos de los destinados al desarrollo de la inteligencia y parte de los fundamentos de la *Teoría de la Modificabilidad Estructural Cognitiva* creada por el autor. Feuerstein es psicólogo, director del Hadassah-Wizo Canada Research Institute de Jerusalén. Judío nacido en Rumania, ha dedicado buena parte de su vida a la evaluación y mejora de la inteligencia de los sujetos deprivados socioculturales y con bajos rendimientos. Las mayores influencias a la Teoría de la M.E.C. vienen de Piaget, Vigotsky, Luria y André Rey. Para Feuerstein casi todos los jóvenes pueden mejorar su inteligencia e incluso llegar a una reestructuración general de sus procesos cognitivos y a mejorar su potencial de aprendizaje por medio de un correcto aprendizaje mediado, pues se basa en la concepción de la inteligencia como un proceso dinámico autorregulado que responde a los estímulos ambientales con una adecuada mediación (ORIENTARED, s.f.).

Ramírez y Roa (2006) mencionan que entre las funciones cognitivas que se trabajan en el Programa de Enriquecimiento Instrumental se encuentran: percepción, orientación espacial, recopilación de datos con precisión y exactitud, razonamiento lógico, conducta comparativa, planificación de la conducta propia, valorar dos o más fuentes de información simultáneamente, pensamiento hipotético y verificación de datos.

Entre los aportes de la teoría se encuentran:

-La elaboración de un **mapa cognitivo** que determina las operaciones necesarias para un buen rendimiento.

-La importancia que confiere a la **mediación**. El progreso de un niño no sólo está determinado por factores genéticos sino por los constantes intercambios con el entorno, los cuales le generan una serie de estímulos. Cuanto más oportunos, eficientes y frecuentes sean éstos, mejor será la estructuración del niño. De ahí la fundamental importancia del mediador como agente que determina los estímulos correctos.

-Los procesos cognitivos se desarrollan a través de dos modalidades de interacción entre el ser humano y el ambiente.

-Concebir los **instrumentos** adecuados para aumentar el potencial de aprendizaje.

El P.E.I. se trata de un programa de intervención psicoeducativa de más de 500 páginas de problemas y actividades de papel y lápiz que se divide en 15 instrumentos de trabajo: Organización de Puntos, Orientación Espacial I, Comparaciones, Clasificación, Percepción Analítica, Orientación Espacial II, Ilustraciones, Progresiones Numéricas, Orientación espacial III, Relaciones Familiares, Instrucciones, Relaciones Temporales, Relaciones Transitivas, Silogismos y Diseño de Parámetros.

Esta serie de instrumentos están pensados para ser trabajados durante tres años aproximadamente con sesiones semanales, aunque se puede extender debido a la riqueza y posibilidades que brinda su aplicación. El P.E.I tiene como característica principal "aumentar la capacidad del organismo humano para ser modificado a través de los estímulos y a la experiencia proporcionada por los contactos con la vida y con las aportaciones del aprendizaje formal e informal" (Roa y Ramírez, 2003).

Ventajas y desventajas: Las ventajas que se han encontrado son:

-La importancia que se da al desarrollo de las funciones cognitivas de orden superior.

- El énfasis que se pone al papel del mediador para el adecuado desarrollo del niño.
 - Es un programa secuencial, estructurado, dinámico que busca el aprender a aprender.
 - No desarrolla contenidos curriculares sino que enseña a la persona a pensar.
 - Se basa en teorías y pedagogos de reconocida importancia en la pedagogía.
 - Es una metodología vivencial y experiencial llamada : Espacios Dinámicos de Formación.
 - Se fundamenta en el hecho de que la inteligencia es modificable a través de una adecuada mediación del entorno y de las personas que rodean al niño.
 - Está dirigido no sólo a niños con privación sino a todas las personas que deseen potenciar su aprendizaje y sus funciones cognitivas.
- Y como desventajas sólo podemos mencionar que requiere altos niveles de formación de sus docentes o mediadores y que los costos económicos para los formadores son muy altos.

Proyecto Cometa

El Proyecto COMETA de Educación para el Desarrollo de la Excepcionalidad y el Talento constituye un modelo de formación institucional para la educación en la excepcionalidad dentro del marco de la educación pública en Colombia. Surge de un convenio desarrollado por la Gobernación de Cundinamarca, la Unidad de Atención Integral de Soacha y el Colegio Municipal Francisco de Paula Santander de San Mateo-Soacha.

El «Proyecto Cometa» se ha desarrollado en tres fases; fase uno: piloto del proyecto; fase dos: monitoreo a la institución piloto, fortalecimiento de la Unidad de Atención Integral y desarrollo de material de formación y Fase tres: a cargo de las secretarías locales y multiplicación de la experiencia en nuevas instituciones.

El proyecto esta basado en 4 postulados básicos: 1. Existen diferentes manifestaciones de la excepcionalidad, consecuentemente, deben existir diferentes alternativas de atención a sus necesidades. 2. El abordaje de la excepcionalidad es un proceso global y no puntual, por lo tanto, las propuestas no sólo competen al docente sino a la institución en general. 3. Las instituciones educativas están en capacidad de desarrollar su propia propuesta de atención, siempre y cuando, cuenten con las bases teóricas y la asesoría de profesionales que dominen las temáticas pertinentes. 4. El desarrollo de las alternativas debe partir de aspectos como concepciones, identificación de los recursos con los que la institución cuenta; en otras palabras, «hacer lo mejor con los recursos disponibles».

El proyecto parte de experiencias como la desarrollada por Renzulli, que implica la capacitación a docentes con el abordaje de la educación de excepcionales como un modelo total de desarrollo, en donde la institución como un todo se involucra en el proceso formativo. Igualmente adquiere elementos de investigaciones desarrolladas por R. Sternberg y por Yolanda Benito. Estos modelos contienen elementos que facilitan las intervenciones educativas.

Ventajas y Desventajas: La importancia de la implementación de este proyecto radica en la implementación de un modelo que articula las instituciones en especial las públicas a los lineamientos y políticas desarrolladas para el abordaje de la excepcionalidad. Pero como desventaja se puede mencionar que la sola articulación de las instituciones con las políticas no es suficiente puesto que se requiere realmente hacer seguimiento y monitoreo de los procesos que se van desarrollando, lo que significa que la sola estructuración del proyecto no garantiza su materialización y real abordaje. Es una dificultad que el éxito dependa del compromiso institucional lo cual es difícil de medir y requiere de supervisión puesto que por si solo pareciese no ser tan exitoso. Este proyecto depende de la flexibilidad de una institución y de sus miembros al igual del deseo de cualificarse

Programa aulas inteligentes

Contextos Instruccionales Abiertos, Interactivos y Autorregulados (AIA)

Fennimore & Tinzmann (2000) citados por Valadez (2006), consideran el aula inteligente como un espacio pedagógico en el cual los estudiantes son capaces de potenciar sus habilidades y a la vez reconocer sus limitaciones cognoscitivas; por ello en el currículo los contenidos y procesos tratados de diferente manera, con el propósito de desarrollar en los estudiantes habilidades de aprendizaje, pensamiento crítico, creatividad y destrezas sociales entre otros. Un aula inteligente entonces, debe ser un espacio capaz de proveer las herramientas fundamentales para potenciar estudiantes aptos para manejar de manera autónoma y eficiente, una variedad de conocimientos que les permita analizar sus experiencias en el mundo, les facilite la toma de decisiones y la resolución de problemas; se desarrolla en contextos instruccionales abiertos interactivos y autorreguladores, donde todos aprenden y pueden experimentar y aplicar lo aprendido. Este Modelo de enseñanza-aprendizaje para el talento excepcional, cumple el objetivo de desarrollar la inteligencia y los valores de los alumnos, los cuales planifican y regulan su trabajo por medio de la orientación

del profesor, implementando métodos didácticos, diversificados y útiles, los cuales se aplican en un contexto multiuso abierto y tecnológicamente equipado (Segovia y Beltrán, 1998, citados por Valadez et al., 2006).

Los objetivos de este modelo son: *Ofrecer ambientes enriquecidos en contextos flexibles que permitan construir una verdadera comunidad de aprendizaje, favorecer la construcción de significados, facilitar el aprender a aprender, asegurar el aprendizaje autorregulado y la transferencia de los aprendizajes, promover el desarrollo de la inteligencia y fomentar el desarrollo de los valores.* La metodología de intervención se orienta a la enseñanza directa, estrategias de modelado, apoyo graduado (andamiaje), enseñanza recíproca-monitoreo, tutorías, trabajo cooperativo, entre otros (Valadez, et al. 2006).

El programa de aulas inteligentes utiliza un enfoque que contrasta de manera significativa con el modelo pedagógico tradicional; a diferencia de los programas ya conocidos en esta metodología innovadora, los estudiantes interiorizan los contenidos a partir de la construcción propia de significados, por lo que deben emplear estrategias cognoscitivas que faciliten la adquisición y reconstrucción de nuevos conocimientos. De acuerdo con lo anterior, la doctora Lauren Resnick citado por Valadez (2006) expresa que un currículo orientado a desarrollar las habilidades del pensamiento tiene cuatro características principales: *A. Promueve un aprendizaje profundo. B. Basado en experiencias cotidianas. C. Las tareas deben ser desarrolladas de manera completa y organizada de acuerdo a la secuencia establecida. D. Establece una conexión directa entre lo que van a aprender y lo que ya conocen.*

El programa AIA busca desarrollar habilidades relacionadas con ampliación de conocimientos, comprensión, expresión, aplicación de estrategias, resolución de problemas reales, uso del pensamiento crítico, uso de la creatividad y a la vez, favorece el aprendizaje intencional.

Ventajas y desventajas: Como ventajas se pueden mencionar que:

- Se centra en el alumno que aprende.
- Por ser un programa abierto respeta los ritmos de aprendizaje.
- Favorece el desarrollo de la autonomía y la organización individual de las diferentes actividades.

- Desarrolla las competencias investigativas.
- Favorece el desarrollo global del aprendizaje, pues trabaja la interrelación de contenidos entre las diferentes asignaturas y la interdisciplinariedad.
- Mejora el rendimiento escolar.
- Mejores puntuaciones en pruebas de estrategias cognitivas y metacognitivas.
- Mejora la integración interpersonal.

Y como desventajas:

- La estructura actual de la enseñanza, caracterizada por ser lineal, dificulta la aplicación de este sistema.
- Utiliza modelos de clase frontal y secuencial.
- El esquema social actual homogenizado no está preparado para acoger personas educadas en la diversidad.

Programa Waldorf (Antroposofía)

La antroposofía no es precisamente una propuesta para intervenir a los niños en condición de excepcionalidad, pero vale la pena mencionarla en esta revisión por cuanto es una filosofía que busca desarrollar en el niño todos los talentos y las potencialidades en un sistema de inclusión y respeto hacia la diversidad. Es una tendencia poco conocida en el medio; sin embargo, comienza a tomar importancia en Colombia en la década de los 80s, cuando un grupo de maestros decide constituir un proyecto pedagógico a la luz de este lineamiento teórico. Su creador, Rudolf Steiner la define como “una ciencia de lo espiritual con su propia epistemología, la cual abarca el mundo de los fenómenos sensoriales detrás de lo visible y tangible, reconociendo un panorama mucho más amplio de vida y de realidad en los seres humanos”. Tomando como base los principios de su concepción espiritual, este autor desarrolla diversas disciplinas prácticas como la pedagogía Waldorf, la agricultura biodinámica, la medicina antroposófica y algunas disciplinas artísticas como la eurtimia o el arte de la palabra. La pedagogía Waldorf en la actualidad, ofrece un currículo que forma un todo coherente, construido para atender las necesidades del desarrollo evolutivo de los estudiantes.

En este orden de ideas, el estudiante aprende los contenidos de las diferentes áreas, favoreciendo el desarrollo de las capacidades que van aflorando en cada edad, entre las

cuales está la imitación, la imaginación y la fantasía en la edad preescolar y primeros grados de la primaria; por otro lado, la memoria, capacidad de juicio propio y pensamiento lógico en los años posteriores. Para lograr este propósito el docente debe formarse bajo unos parámetros filosóficos orientados al manejo de la antroposofía como el eje central de su intervención en el aula (Steiner, s.f.).

Ventajas y desventajas: La Pedagogía Waldorf tiene como ventajas:

- Es una pedagogía antroposófica que considera al ser humano como fuente de conocimiento y sabiduría continua.
- Da importancia al desarrollo espiritual del estudiante.
- Tiene una clara orientación humanista en donde el ser humano es el centro de todo proceso espiritual, pedagógico, psicológico, emocional y social.
- El maestro se convierte en un apoyo permanente de cada estudiante, teniendo en cuenta lo que cada uno requiere en su proceso pedagógico y formativo.
- Da importancia a la expresión artística como una forma de proyectar las emociones y la integridad del ser interior.

Y como desventajas:

- Pese a que la pedagogía evidencia un manejo curricular flexible, no contempla programas complementarios que favorezcan la estimulación y orientación de estudiantes en condiciones de excepcionalidad y supeditación.
- La pedagogía tan exclusiva y diferenciada de la mayoría conocida, podría convertirse en una desventaja para aquellos estudiantes que requieran un cambio de institución; puesto que los contenidos académicos son presentados al estudiante de acuerdo al septenio en el que se encuentra, lo cual podría diferir significativamente de otras instituciones educativas.

Programa para el Desarrollo del Potencial de Aprendizaje, Inteligencia y del Pensamiento Divergente (Equipo Cisne de Investigación)

El equipo CISNE de investigación en alianza con la Secretaría de Educación del Valle del Cauca, elaboró una propuesta de trabajo para la atención educativa formal a niños y jóvenes con altas capacidades intelectuales con el fin de minimizar las secuelas de la privación sociocultural a que son sometidos estos niños por falta de recursos y de estrategias educativas pertinentes. La propuesta se fundamenta en lo conceptual y operacional en *La Teoría de la Modificabilidad Estructural Cognitiva* de Reuven Feuerstein, quien estructuró

un programa inicialmente con el fin de disminuir los efectos adversos de la privación cultural. La propuesta tiene también referentes de *La Educación Experiencial*, del *Programa de Inteligencias de Harvard* y de otras investigaciones realizadas a nivel mundial; incluye la formación rigurosa y exhaustiva de docentes mediadores, la formación a padres y la intervención directa a los niños en el aula de clase especializada, con miras a mejorar las prácticas educativas tradicionales y llegar así al logro de competencias de nivel superior.

Se pretende por medio de las sesiones de trabajo, realizar una intervención sistemática e intencionada dirigida a “a la corrección de las funciones cognitivas con el fin de posibilitar la potenciación de las operaciones intelectuales mediante una transformación en la estructura cognitiva, por medio de la generación de experiencias positivas y sinérgicas de aprendizaje mediado” (Equipo CISNE, 2007).

Pilonieta en el mismo documento menciona que el programa persigue como objetivo fundamental el desarrollo integral de niños y jóvenes excepcionales a través de el desarrollo de los factores básicos del desarrollo humano referidos a la psicomotricidad, la socioafectividad y a los razonamientos (verbales, lógico matemático) como competencias básicas para el logro de los estándares superiores de calidad académica y a través de la conformación de espacios dinámicos de formación para la creatividad, la comunicabilidad y la democracia. Todo lo anterior con el fin de fomentar el espíritu crítico y creador, desarrollar la capacidad analítica, reflexiva y conciliadora en el niño y joven y contribuir con los esfuerzos para el logro de la paz por medio de la formación de nuevos hábitos de crianza y cuidados de niños y jóvenes en los hogares.

También se menciona que para el proceso se utilizan una serie de materiales especialmente diseñados que facilitan la comprensión de la acción mediadora, no sólo desde lo teórico sino desde lo vivencial. Estos están constituidos por instrumentos y por apoyos didácticos que los acompañan y sobre todo por la utilización permanente del *organizador cognitivo*, como navegador y *la bitácora*, como apoyos fundamentales de la acción formativa sobre las estructuras del pensamiento y la voluntad. A nivel metodológico se crean equipos de trabajo y se organizan los espacios dinámicos de formación orientados por los mediadores en jornadas de dos días por mes. Los niños deben llegar evaluados por una institución especializada en el área de los talentos y las capacidades excepcionales; se incluye en el programa reuniones mensuales o semanales con los docentes y los padres de familia con el fin de integrarlos al proceso (2007).

Es importante resaltar la importancia que estos programas le atribuyen al rol del docente como mediador y facilitador del aprendizaje más allá de ser un agente transmisor de información; el estudiante, a su vez, se constituye en el eje central del proceso enseñanza–aprendizaje y por lo tanto, los sistemas educativos se supone que no pueden permanecer indiferentes y cerrados a la transformación de los planteamientos curriculares para el manejo de la diversidad cognoscitiva, afectiva y social. De acuerdo con los anteriores planteamientos, se hace entonces evidente en Colombia la necesidad de iniciar procesos de reformas y transformaciones educativas en los ámbitos formal y no formal, con el propósito primordial de reducir al máximo los modelos pedagógicos tradicionales que han sido totalmente excuyentes e inflexibles y que no han mostrado niveles satisfactorios para las nuevas demandas sociales de una educación para todos en el respeto a la diversidad, principalmente cuando se empieza a dar un lugar importante al estudiante con talento excepcional dentro de las aulas regulares.

Intervención en doble excepcionalidad

Benito (2006) considera que en los niños que tienen características de excepcionalidad y a la vez presentan una discapacidad (los llamados *handicaps*), se presenta la dificultad para identificar su superdotación o talento, lo cual radica en que los profesores de educación especial o de aulas ordinarias trabajan más sobre sus desventajas que sobre sus habilidades.

Las tendencias de intervención actual dentro del campo clínico -educativo en niños y niñas con talentos y capacidades excepcionales, sugieren una mirada integradora en su proceso, claridad en políticas de inclusión y definitivamente una concepción amplia de inteligencia que valide la diversidad en toda su extensión. En este orden de ideas la doble excepcionalidad significa el funcionamiento de un sujeto desde sus potencialidades (talentos) y su condición de discapacidad que lo hace igualmente excepcional.

Un programa de intervención en doble excepcionalidad abarcaría en su estructuración principios orientadores tales como: respeto por la diferencia, calidad de vida (estilos saludables), empoderamiento y continuidad en el tratamiento; Estos principios amparados

en modelos complementarios entre sí, que fundamenten en sus lineamientos teóricos una concepción de ser humano que es transformado y modifica su medio de forma creativa.

No existe en la literatura un modelo específico de intervención psicoeducativa a personas en condición de doble excepcionalidad. Sin embargo, los planteamientos teóricos relacionados con el abordaje del talento son aplicables a estas personas, quienes deben ser vistas y tratadas más por su potencialidad que por su condición de discapacidad. Por lo tanto, los modelos revisados en esta monografía son aplicables sin restricción alguna y desde la mirada de la diversidad y la igualdad de oportunidades como lo establece en Colombia la Ley General de Educación.

Es importante sin embargo, tener en cuenta que nuestro sistema educativo todavía ve a la persona más por sus necesidades a partir del déficit que por sus potencialidades y se hace indispensable y urgente un cambio de paradigmas que aseguren una educación de calidad para todos. Premisa fundamental para este aspecto lo constituye la evaluación del talento. El Ministerio de Educación Nacional en Colombia establece unos claros lineamientos para ello, pasos que deben seguirse con rigurosidad en las personas con discapacidad, con el fin de mediar para la construcción de un proyecto de vida acorde con sus fortalezas.

Desde la más temprana edad, el niño con discapacidad puede mostrar habilidades sobresalientes en un proceso cognitivo o en una de las áreas de la cultura (deporte, música, danza,...) que debe ser valorado con el fin de que ingrese a programas de estimulación del talento y de enriquecimiento; es necesaria su identificación por profesores de áreas específicas para evitar los casos de resonancia negativa referidos a la falta de habilidad especial pero que por lástima, se le hace creer que la posee. Bajo el criterio de la experticia se debe evaluar el desempeño del niño a nivel superior y basado en la observación y seguimiento, así como evaluación formal de aptitudes y actitudes que determinen los elementos de excepcionalidad presentes en el caso. Los niños seleccionados como talentosos excepcionales deben ingresar a semilleros o talleres orientados por expertos para potenciar sus habilidades. En resumen, la persona en condición de doble excepcionalidad debe ser evaluada bajo las condiciones que se mencionan a continuación:

- El proceso de valoración de las habilidades debe centrarse en el área que, a través de la indagación informal, se considera como dominio teniendo en cuenta condiciones de precocidad y automaestría.

- La valoración del desempeño en este dominio debe ser realizado por expertos en el área específica.
- El talento, considerado como potencialidad, debe ser valorado a través de la vinculación de los individuos a experiencias de enriquecimiento que les permitan identificar y desarrollar al máximo su capacidad.
- Como criterio fundamental de identificación del talento se encuentra el interés o motivación hacia el dominio específico (MEN, 2002).

Valadez et al. (2006) señalan que los niños con discapacidad física o sensorial pueden presentar habilidades excepcionales en memoria, procesos lingüísticos, solución de problemas, creatividad, comprensión, motivación de logro, y talentos excepcionales en cualquiera de las ramas de la actividad humana.

ANEXO: Análisis de encuestas (Ver archivo anexo)

REFERENCIAS

- Alonso, Juan A. *Educación de los Alumnos con Sobredotación Intelectual*. Centro Huerta del Rey. Valladolid. Artículo publicado en el Boletín del Colegio Oficial de Doctores y Licenciados de España en Octubre de 2003
- Alonso, J. y Benito, Y. (1992) *Intervenciones Educativas en Superdotados*. En Benito, Y. (Ed.): *Desarrollo y Educación del Superdotado*. Amarú Ediciones, Salamanca
- Barraza, A. (2003). *Cuestionario para medir la inteligencia lógico-matemática*. Durango,
- Benito, Yolanda. (2006) *Desarrollo y Educación de los Niños Superdotados*. España, Amarú Ediciones
- Benito, Y. y Alonso, J. (1996). *Superdotados: Adaptación Escolar y Social en Secundaria*. Nancea ediciones. España
- Calatrava School. *Enseñanza Precoz*. Consultado el 2 de Junio de 2008 en: www.colegiocalatrava.edu.co/nuestrocolegio.html
- Dabrowsky, K. (1964). *Positive Disintegration*. London: Little Brown.
- De Zubiría, M. (1996). *Teoría de las Seis Lecturas. Tomo I preescolar y primaria*. Fundación Alberto Merani. Santa fé de Bogotá.
- De Zubiría, J. (1997). *Tratado de Pedagogía Conceptual. Los Modelos Pedagógicos*. Fundación Alberto Merani. Fondo de publicaciones. Bernardo Herrera Merino. Bogotá
- De Zubiría, J. (2002). *De la superdotación a la excepcionalidad*. Documento.
- De Zubiría, J.(2002). *¿Qué es la excepcionalidad?* En prensa. Instituto Alberto Merani. Colombia.
- Equipo Cisne de Investigación. (2007). *Desarrollo del Potencial de Aprendizaje, Inteligencia y del Pensamiento Divergente en el Contexto de las Competencias Matemáticas y del Lenguaje*, Cali (Colombia): Autor.
- González, D.(s.f.). *La Importancia de la Atención Educativa para el Desarrollo del Talento en la Formación Profesional*. Centro Universitario del Espíritu Santo, Cuba.
- Ministerio de Educación Nacional, Fundación CINDE, Universidad de Manizales. (2002). *Orientaciones para la Atención Educativa de Niños, Niñas y Jóvenes con Capacidades o Talentos Excepcionales*: Autor
- Fundación Internacional de Pedagogía Conceptual Alberto Merani, (2003) *Programa Inteligencias Múltiples. Identificación del Talento*. En Seminario Potencial Humano y Promoción del Talento, Marzo 10, 11 y 12 de 2003, Manizales.
- Marchesi, A. y Martín, E. (1998). *Calidad de la Enseñanza en Tiempos de Cambio*. Madrid, Alianza.

Mirandés, Joseph .*La teoría de Joseph Renzulli, en el Fundamento del Nuevo Paradigma de la Superdotación*. Conferencia. Grabolosa (s.f.)

ORIENTARED (s.f.) *Programa de Inteligencias de Harvard*. Consultado el 15 de Junio de 2008 en www.cesdonbosco.com/profes/bgd/PIH.ppt

Pardo, R. (2004). Alumnos Doblemente Excepcionales: Superdotación Intelectual y Dificultades del Aprendizaje. *Revista Faisca*, 2004, Nº 11, 37-45

Pérez, L. y Lleras, J. (s.f.). *La Educación de los Alumnos Superdotados en la Nueva Sociedad de la Información* . Consultado el 6 de Junio de 2008 en <http://ares.cnice.mec.es/informes/08/documentos/28.htm>

Pérez, L. (2006). *Alumnos con capacidad superior: Experiencias de Intervención Educativa*. Consultado el 26 de Julio de 2008 en <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?>

Ramírez, S. y Roa, J. (2006). *El Programa de Enriquecimiento Instrumental de Feuerstein. Una aproximación teórica*. Depto de Psicología Evolutiva y de la Educación, Facultad de Educación y Humanidades de Ceuta. Universidad de Granada, España. Consultado el 10 de Junio de 2008 en <http://dialnet.unirioja.es/servlet/>

Renzulli, Joseph. (1994). *El Concepto de los Tres Anillos de la Superdotación: Un Modelo de Desarrollo para una productividad Creativa*. Salamanca: Amarú Ediciones.

Stemberg, R. (1996). *La inteligencia exitosa*. Ediciones Paidós España.

Steiner, R. *El Hombre y el Mundo a la luz de la Antroposofía*. Madrid, s.f.

Terrasier, J. C. (1993). *Disincronía, que aparece en diez palabras claves en superdotados*. Editorial Verbo Divino.

Valadez, M., Betancourt, J, y Zabala, M. (2006). *Alumnos Superdotados y Talentosos. Identificación, Evaluación e Intervención. Una Perspectiva para Docentes*. Editorial Manual Moderno, Bogotá.

VEGAKIDS (s.f.) Instituto de Desarrollo Infantil y Centro Bérard de Reeducción Auditiva. Consultado el 9 de Junio de 2008 en: [En http://www.vegakids.com/berard.htm](http://www.vegakids.com/berard.htm)

Verdugo, Miguel, (2004). Instituto de Integración a la Comunidad (INICO), Universidad de Salamanca.

Vigotsky LS., (1977). *Pensamiento y lenguaje*. Buenos Aires. La Pléyade.

Vasta, R., Haith, M.M. y Miller, S.A. (1996). *Psicología Infantil*. Barcelona: Ariel Psicología (original: 1992).

3. PROPUESTA DE EVALUACION Y DE INTERVENCIÓN NEUROPSICOPEDAGÓGICA EN POBLACION INFANTIL

3.1 Fundamentos epistemológicos y metodológicos del enfoque ecológico contextual

A partir de la revisión y conceptualización de los diferentes enfoques y modelos de intervención niños con trastornos del desarrollo y con talentos y capacidad excepcional, se encuentra que la aproximación ecológico-contextual reúne las condiciones de una intervención multimodal que abarca los fundamentos epistémicos de la neuropsicopedagogía como campo inter y multidisciplinar. Dicha aproximación tiene sus orígenes en el enfoque sistémico desarrollado por Ludwig Von Bertalanffy en 1920, el cual representa un amplio punto de vista que trasciende ampliamente los problemas y los requerimientos tecnológicos, y sus aplicaciones son de utilidad para diversas disciplinas que van desde la física y la biología a las ciencias sociales y del comportamiento y hasta la filosofía. Es sobre todo una combinación filosófica y metodológica, engranada a una función de planeación y diseño.

El enfoque nace a raíz de que el esquema mecanicista de vías casuales resultaba insuficiente para enfrentar problemas teóricos especialmente en las ciencias biosociales. Las premisas epistemológicas del enfoque están basadas en la primacía de lo fenomenológico sobre el ambiente real en la orientación de la conducta humana, la imposibilidad de comprender la conducta sólo a partir de las propiedades objetivas de un ambiente, sin hacer referencia al significado que tiene para las personas que están en el entorno, el carácter motivacional palpable de los objetos y los hechos ambientales. El análisis del sistema se basa en la metodología interdisciplinaria que integra técnicas y conocimientos de diversos campos aplicable a la hora de planificar y diseñar sistemas complejos que realizan funciones (Bertalanffy, 1994). Por tanto el pensamiento sistémico esta basado en la percepción del mundo real en términos de totalidad; el enfoque sistémico es integrador tanto en el análisis de las situaciones como en las conclusiones que nacen a partir de allí, proponiendo soluciones en las cuales se tiene que considerar diversos elementos y relaciones que conforman la estructura de lo que se define como sistema, así como también de todo aquello que conforma el entorno del sistema definido. Mas adelante con el desarrollo de la cibernética, la cual es una teoría de los sistemas de control basada en la comunicación, (transferencia de información) entre sistemas y medio circundante y

dentro del sistema y en el control (retroalimentación) del funcionamiento del sistema en consideración al medio (Watzlawick, 1986). Gregory Bateson y Margaret Mead llevan estos conceptos al campo de las ciencias sociales y de allí llegaría a la terapia familiar después de realizar varios trabajos en el campo de la comunicación humana y la psiquiatría. El desarrollo de esta posición epistemológica amplió la conceptualización a la cibernética de segundo orden que comenzó a influir en el campo de la terapia familiar con Paul Watzlawick quien trabajó al lado de Heinz Von Foerster para el desarrollo de este modelo en 1966. El enfoque sistémico aplicado a las ciencias sociales y biológicas se ocupa de la dinámica de las relaciones humanas y específicamente de la organización de los sistemas y en el contexto familiar se ocupa de la organización familiar (Foerster, 1996).

Es importante tener en cuenta que las tendencias tradicionales en intervención han centralizado la problemática en el niño o niña, descuidando la idea básica de que es miembro de un sistema que se encuentra relacionado directamente con él. Lo que se observa en el niño está dado por el contexto. De esta manera se debe prestar atención a los contextos familiar, escolar y social, así como a las diferentes interrelaciones que se dan entre estos y entre estos y la sociedad.

El modelo ecológico de Bronfenbrenner (1987) retoma los conceptos de la teoría general de sistemas propuesta por Von Bertalanffy en 1959, la cual habla de la importancia no solo de los elementos que constituyen un sistema sino de las interrelaciones entre estos; como lo menciona Navarro (2002) el modelo ecológico es el que mejor recoge e integra en un único modelo los principios y supuestos que defienden las teorías sistémicas e interactivas.

La escuela de pensamiento propuesta por Urie Bronfenbrenner tiene sus orígenes en los años 60 y consolida la perspectiva ecológica brindando un marco conceptual y metodológico para el estudio del desarrollo humano en un contexto. Este modelo, propone una visión ecológica del desarrollo humano al postular que las relaciones entre el ser humano en desarrollo y el entorno inmediato en que este actúa, generan una acomodación progresiva y bidireccional entre los mismos que se afecta a su vez por las relaciones que establecen con otros contextos más grandes en los que se encuentran incluidos.

Para Bronfenbrenner el desarrollo se da por la relación entre las características exclusivas del individuo (genético, biológicas, psicológicas etc.) y las características del medio que lo envuelve; esta interacción es complicada y multidireccional, lo que quiere decir que se tienen en cuenta las características del niño y de los contextos en el que se desenvuelve.

En general esta teoría une desarrollo ontogenético con la interacción con el ambiente para desarrollar una ecología aplicada al desarrollo humano y a los entornos.

Según Navarro (2002) Bronfenbrenner da importancia a conceptos básicos como:

Desarrollo humano, definido como “cambio perdurable en el modo que una persona percibe su ambiente y se relaciona con él”; ecología del desarrollo humano o progresiva a acomodación mutua entre el ser humano en desarrollo y las propiedades cambiantes del desarrollo, que se ve afectado por las relaciones que se establecen entre los entornos y los contextos mas grandes en las que se encuentra inmerso; ambiente ecológico que es la disposición seriada de estructuras concéntricas en las que cada uno esta contenido en la siguiente.

Con estos conceptos Bronfenbrenner enfatiza en conceptos como: el entorno, concebido como una disposición de estructuras seriadas e interdependientes unas de otras; la persona, entendida como ser cambiante, dinámico, en proceso de desarrollo que se implica en el ambiente reestructurándolo continuamente y la acomodación, o relación individuo-ambiente, persona-entorno (Calderón, s.f).

Bronfenbrenner plantea tres niveles que se integran a cada una de las estructuras que se mencionaran mas adelante: el nivel individual, compuesto por cada una de las personas que hacen parte de un núcleo particular y que están influenciados por su ambiente a la vez que se relacionan con el; este nivel tiene en cuenta la dimensión fisiológica, la psíquicas y la social de cada individuo que también se influyen entre si; el nivel familiar definido como el sistema de relaciones más primario que marca y determina el proceso de desarrollo humano al tener una función socializante, la familia es un sistema social inmerso en un entorno social más amplio que le impacta; por último está el nivel social, entorno más extenso, en constante cambio que se convierte en el escenario donde actúa y se adapta progresivamente el individuo, está en constante cambio al que la persona debe acomodarse progresivamente.

Cada uno de estos niveles se inserta en las siguientes estructuras del ambiente ecológico del individuo, a saber:

El **Microsistema**, conformado por los contextos sociales primarios o entornos directos en los que interactúa la persona; se caracteriza por el patrón de actividades, roles y relaciones interpersonales que la persona en desarrollo experimenta en un entorno determinado. Por ejemplo: el grupo familiar, el colegio o el grupo de pares. Por lo tanto el microsistema enfatiza en familia y comunidad (contexto inmediato) en los procesos de socialización, identidad, modelos parentales, entorno, estilos de vida. “Se considera a la familia como un ecosistema, un sistema en interacción dinámica con su entorno. Es decir, la familia se conceptualiza en ese contexto como un conjunto de individuos en interacción, involucrados en un proceso continuo de autodefinición e interpretación de la realidad que les rodea, creando así pautas de interacción únicas en la unidad familiar.”

El **Mesosistema**, donde se dan interrelaciones entre los diferentes microsistemas en los que la persona actúa activamente, por ejemplo: la relación entre la familia y el colegio. Se basa principalmente en la territorialidad y sectorialidad que comprende el acceso a la salud, educación, economía, vivienda, trabajo, condiciones de vida.

El **Exosistema** está compuesto por los entornos en que la persona no participa activamente pero en los cuales se producen hechos que la afectan. Por ejemplo: el trabajo de los padres y el grupo de amigos de la familia.

Por último está el **Macrosistema**, conformado por el conjunto de creencias, actitudes, tradiciones, valores, etc., de la cultura a la que pertenece la persona en desarrollo. Por ejemplo: los sistemas económicos y las políticas sociales (García, 2000). En el macrosistema se encuentra inmerso las relaciones de poder, las representaciones sociales el modelo económico, cultura e identidad, valores entre otros, lo relacionado con los valores culturales y los sistemas de creencias.

La intervención como acción en cuanto a los subsistemas y a la construcción del diseño de estrategias se expone como formas de mediación en la persona, nivel intelectual, elaboración de experiencias, historia de las relaciones parentales, habilidades y talentos especiales, habilidades personales adecuadas. En el microsistema se plantea por ejemplo, grupos de ayuda mutua, comunitarios, escuela para padres. En el mesosistema se incluyen modelos, programas, planes, normas sectoriales, protocolos, apoyo social, afiliación religiosa experiencias escolares, desarrollo de competencias sociales, intervenciones terapéuticas. En el macrosistema se tienen en cuenta políticas de estado, políticas públicas

salud, legislación, acuerdos y pactos internacionales, rendición de cuentas, prosperidad económica, normas culturales.

Retomando la definición y fundamentación del modelo ecológico, bajo la aproximación neuropsicopedagógica se pretende elaborar estrategias de intervención articuladas y relacionadas con un plan de tratamiento que se inicia con la evaluación en el plano individual y que hace parte del desarrollo ontogenético y del microsistema; sin embargo, para la intervención que se hace desde una visión del mesosistema y el microsistema, se debe tener un conocimiento y manejo de los factores de riesgo que hacen parte del contexto en el que se mueve la persona y las posibilidades que le brinda el entorno, para que se puedan producir cambios a nivel holístico en las problemáticas presentes.

Reconociendo que en el proceso de evaluación se realiza un abordaje directo al niño y su contexto, se identifica que esta transversaliza la intervención, puesto que en diferentes momentos surge la necesidad de continuar realizándola para así poder seguir identificando otros aspectos relacionados con las dificultades que presente el niño.

El modelo ecológico de Bronfenbrenner es explicativo del desarrollo humano y ha sido aplicado a diferentes fenómenos sociales y psicológicos. En el campo de la evaluación e intervención terapéutica proporciona un marco teórico general que apoya estos procesos, puesto que al estudiar la conducta humana tal y como se produce en los contextos naturales, se preocupa por descubrir e interpretar las interrelaciones de reciprocidad que se generan entre las personas y su entorno y cómo estas interconexiones ambientales impactan en el comportamiento y desarrollo psicológico.

Desde la perspectiva ecológica, los principios orientadores de la intervención en Desarrollo Infantil son: Resiliencia, Calidad de vida y Autodeterminación.

La resiliencia como concepto en el campo de las ciencias sociales se refiere a la capacidad del ser humano para enfrentar las adversidades de la vida, superarlas y ser transformados por ellas; para desarrollarse bien, proyectarse hacia el futuro a pesar de los eventos desestabilizadores, los trumas graves y las condiciones de vida difíciles (Acevedo & Mondragón, 2006). Estos autores, citan a Masten (2001), quien menciona que hay tres factores asociados con los logros positivos: el desarrollo cerebral y habilidad cognitiva, la relación entre el niño y su cuidador (vinculación) y la habilidad para regular emociones y

comportamientos. También citan a Rutter (2002) quien plantea que la resiliencia no puede ser pensada solamente como un atributo con el que los niños nacen, ni que los niños adquieren durante el desarrollo, sino que se trataría de un proceso interactivo entre las condiciones constitucionales del niño y el medio. Investigaciones acerca de los factores involucrados en este proceso hacen referencia a factores de tipo protector y de riesgo.

Como factores protectores se tienen en cuenta las habilidades cognitivas, la autoestima, el autocontrol, la fé, el temperamento estable, la competencia social, la capacidad para la solución de problemas y la autonomía como factores estructurales; como factores ambientales se mencionan un hogar estable y equilibrado, padres sensibles, tipo de crianza con autoridad, claridad en las normas y calidez, expectativas académicas, morales y sociales altas, oportunidades de participación, empleo, relaciones de confianza y apoyo emocional fuera de la familia, el amor incondicional de alguien, los logros escolares y las condiciones personales del maestro como modelo, así como sus expectativas.

Como factores de riesgo a nivel estructural se pueden mencionar baja capacidad intelectual, bajo rendimiento académico, presencia de algún trastorno del desarrollo, temperamento difícil, baja autoestima, alta sensibilidad al estrés y pobre cuidado prenatal. Por otra parte, como factores medioambientales se señalan disfuncionalidad familiar, divorcio, crianza coercitiva, vínculos pobres, salud mental comprometida de los cuidadores, pobreza, hacinamiento, pobre acceso a servicios de salud, desempleo, diversas clases de discriminación e incluso los problemas asociados al desplazamiento forzado.

Dadas las anteriores condiciones, la familia y la escuela se constituyen en los espacios propicios y fundamentales para el desarrollo de la resiliencia. Esta última como contexto de aprendizaje aporta las acciones del profesor, los métodos instruccionales efectivos, el currículo, las políticas y el clima humano institucional; todas ellas juegan papeles importantes no sólo en el aprendizaje, sino en la motivación y la actitud que el niño adopte frente a la vida,

En cuanto a la calidad de vida como otro de los principios orientadores de la intervención en Desarrollo Infantil, Suárez (2001) la define como un proceso que apunta al enriquecimiento personal, al crecimiento del otro y al desarrollo social; compromete no solo la armonía interior, sino las relaciones gratas y fecundas con los demás. Abarca todas las facetas del ser humano, sus necesidades, la vida cotidiana y la complejidad del desarrollo social.

Albuquerque (s.f.) citado por la autora, afirma que la calidad de vida debe llevarse más allá de la teoría y debe orientarse hacia la preparación para la toma de decisiones responsables desde la autonomía personal y el compromiso social. Este autor señala como indicadores de calidad humana el ambiente personal (bienestar emocional y desarrollo personal), el ambiente físico (bienestar material), el ambiente social (inclusión social, derechos, relaciones interpersonales) y el ambiente psíquico (equilibrio, autodeterminación y capacidad de resiliencia).

Por su parte, la autodeterminación hace referencia a las actitudes y capacidades necesarias para actuar como agente causal de la propia vida y para realizar elecciones respecto a las propias acciones, libre de influencias o interferencias externas inapropiadas, con el fin de mantener o mejorar su calidad de vida. Como componentes básicos se encuentran la autonomía, la autorregulación (automotivación, autogestión, automonitoreo y autoreforzo), el empoderamiento y la autoconciencia.

3.2 Operativización de la propuesta de intervención neuropsicopedagógica desde el modelo ecológico-contextual en niños con trastornos del desarrollo y con talentos y/o capacidades excepcionales.

La intervención neuropsicopedagógica se concibe como un sistema de múltiples acciones coordinadas que permiten responder a los requerimientos educativos de los niños y niñas con talentos y capacidades excepcionales, así como con dificultades en el desarrollo de las funciones psicológicas superiores que comprometen la adquisición de los aprendizajes, con el propósito de facilitar una orientación efectiva, a través del asesoramiento y apoyo a los padres en su tarea como primeros educadores, a los profesores en el desempeño de su labor, al mismo niño en el desarrollo de habilidades tanto cognitivas como emocionales y al entorno, a través de estrategias de intervención que posibiliten la transformación, consolidación y enriquecimiento de la acción educativa que redundará en aprendizajes significativos y mejor calidad de vida para el niño y su entorno. Para ello, se propone un enfoque de intervención que incluya no sólo al niño y su núcleo familiar como tradicionalmente se ha establecido, sino también a todo su entorno: escuela, pares, comunidad, con el fin de que los procesos de intervención permitan potenciar todas las esferas del desarrollo.

Esta propuesta de intervención neuropsicopedagógica se apoya conceptual y metodológicamente desde el enfoque ecológico-contextual, el cual agrupa perspectivas que tienen como denominador común una fundamentación interactiva, un énfasis en aspectos contextuales y ambientales, un carácter comunitario y una finalidad integradora. Es importante aclarar que este enfoque no excluye las formas de intervención clínica que a través de la historia se han empleado en procesos de evaluación e intervención en los trastornos del desarrollo infantil, y que siguen manteniendo su importancia basada en avances científicos. El mundo globalizado demanda la interdisciplinariedad en la búsqueda de esfuerzos colaborativos para el logro de un objetivo común: Potenciar la máximo el desarrollo del niño y la niña con el fin de que su funcionamiento personal, escolar y social sea óptimo de acuerdo con sus condiciones particulares; de esta forma la orientación clínica se pondrá al servicio de los procesos educativos.

En este sentido se plantearán lineamientos de intervención en los diferentes sistemas: microsistema (individual, familiar y escolar), mesosistema, exosistema y macrosistema.

Intervención en el Microsistema Individual

La intervención neuropsicopedagógica contempla el abordaje del microsistema individual, con el fin de incrementar el potencial de desarrollo del niño. Una baja adaptación de los diferentes contextos afectará negativamente su desarrollo y bienestar psicosocial y reducirá su capacidad para vivir y trabajar eficazmente en la sociedad; de hecho, una integración eficaz a lo largo del ciclo vital depende del apoyo y cuidado que le brinde todo el entorno.

Teniendo en cuenta que los niños o adolescentes se relacionan con diversos sistemas deben tener habilidades para ser eficaces en todos ellos. Por tal razón hay que posibilitar el desarrollo de habilidades de resiliencia, autoestima, auto concepto, madurez emocional, manejo del estrés, locus de control interno, fe, habilidades cognitivas y de aprendizaje, así como para la solución de problemas y competencias sociales.

Lo importante es definir satisfactoriamente los antecedentes reales y el verdadero alcance del trastorno, a partir de los rangos de conducta y del desempeño normalmente esperable para cada niño en función de su edad, su estado de desarrollo cognitivo, su contexto ambiental y su conducta previa. De acuerdo con los postulados de Verdugo (2004), todos los niños sin importar su condición, deben tener acceso a todos los servicios educativos y de salud necesarios para mejorar su calidad de vida y para que se convierta en una persona

productiva y útil a la sociedad. Las condiciones individuales serán las que indiquen el tipo de programa de intervención pertinente a cada caso. Como se desprende de la revisión presentada en el primer capítulo, existen muchas posibilidades de intervención de acuerdo con el enfoque teórico del profesional; sin embargo ésta debe tener un énfasis según la condición individual.

En el caso de los Trastornos Específicos del Aprendizaje se enfatiza en aspectos relacionados con la automatización de procesos básicos en lectura, escritura y matemáticas y de procesos metacognitivos. En discapacidad cognitiva el énfasis se dirige al desarrollo de habilidades adaptativas y mejores niveles de pensamiento, para lo cual estrategias basadas en la modificabilidad cognitiva resultan potencialmente útiles. Por su parte, el manejo de los trastornos comportamentales puede apoyarse en la habilitación de las funciones ejecutivas y de la autorregulación conductual. En los Trastornos Generalizados del Desarrollo el acento se pone en la potenciación de las habilidades comunicativas, de socialización y ejecutivas. En los trastornos de base afectiva como la ansiedad y la depresión, se debe procurar el cambio de las ideas irracionales y modificación de esquemas cognitivos que los acompañan, además del desarrollo de habilidades metacognitivas. En cuanto a los niños con talentos y capacidades excepcionales, se debe favorecer un equilibrio entre el interés, la capacidad y la calidad de la tarea con el fin de que la persona sea útil, productiva, destacada y feliz en un área del conocimiento.

De acuerdo entonces con la potencialidad individual, la teoría de la Modificabilidad Estructural Cognitiva ofrece estrategias importantes que pueden ser útiles no solamente en niños con deprivación sociocultural o con trastornos del desarrollo, con talentos y capacidades excepcionales, sino que también es aplicable a todos los niños. Pilonieta (2007) menciona que las características de la población dados por factores hereditarios, condiciones genéticas, anomalías cromosómicas y la deprivación cultural que afectan indudablemente, no eliminan la propensión del organismo para ser modificado. De manera específica se propone realizar un diagnóstico del potencial de aprendizaje (L. P. A. D.) en el niño que permita delimitar los aspectos a fortalecer en él lo cual, en sí mismo, constituye a su vez, el primer elemento de la intervención neuropsicopedagógica. El L.P.A.D se constituye como aporte del Programa de Enriquecimiento Instrumental (PEI) el cual contribuye a generar un modelo de evaluación dinámica que reconoce en cualquier niño un potencial de aprendizaje; asimismo pretende crear un entorno modificador y potenciador. Así, modificabilidad conlleva un concepto dinámico en el desarrollo de la inteligencia y

demás factores humanos por lo que el empleo de esta herramienta favorecerá una nueva visión de la problemática y propenderá por generar en el niño, independientemente de lo identificado en el diagnóstico del potencial de aprendizaje, un cambio en sus estructuras cognitivas que le permita un funcionamiento adaptado a las demandas del medio en que se encuentra. Lo mencionado, permitirá una mayor accesibilidad de todos los individuos al sistema educativo y a la comunidad directa e indirectamente relacionada con ellos ya que es imprescindible, como se indicó, la participación y generación de cambios en los sistemas y subsistemas en influencia con el niño.

Intervención en el Microsistema Familiar

La familia junto con la escuela son los microsistemas a intervenir por excelencia, dado que son los entornos más inmediatos del niño; lo que sucede en de cada uno de ellos y las interconexiones que se establecen entre los mismos generan situaciones que son determinantes en el proceso del trastorno y su tratamiento.

En un niño con trastorno del desarrollo se presentan condiciones que no sólo perturban su funcionamiento, sino también que afecta a las personas que conviven con él; se puede decir que el equilibrio familiar se ve afectado de una manera bidireccional, puesto que la familia en su afán de adaptarse a las condiciones generadas por el niño, adopta una serie de comportamientos, pensamientos y sentimientos que se asocian de manera positiva o negativa según sea el caso, en el curso y pronóstico del trastorno y del tratamiento.

Desde el momento de la evaluación en el enfoque ecológico se debe tener en cuenta el tipo de vivienda, ubicación en barrio o vereda, edad y nivel de escolaridad de los padres, tipo de unión, la estructura familiar, etapa del ciclo vital en que se encuentra, organización, formas y estrategias de autoridad y estilos de crianza, estructura de normas en el hogar, roles, jerarquías, límites, cohesión, adaptabilidad, comunicación, nivel académico los hermanos, ingresos, bienes y gastos, así como manejo de estrategias de afrontamiento y recursos internos. Es importante también, la evaluación de la forma como se vivió en la familia el proceso de aceptación de la condición del niño, si generó rechazo o sentimientos de culpa y la forma como se enfrentó por parte de cada uno de los miembros de la familia; indagar cómo es la vida cotidiana frente al niño y cómo sus conductas alteran el funcionamiento familiar. La intervención a la familia por parte del profesional en neuropsicopedagogía, consiste en maximizar las relaciones sanas entre sus miembros; para nadie es desconocido

que la familia de un niño con algún tipo de condición diversa o con discapacidad tiene una dinámica distinta por cuanto las condiciones de privación cultural de los padres influyen en actitudes no sólo de rechazo y de aislamiento del menor sino que a veces genera grandes dosis de estrés y violencia intrafamiliar; la vinculación de ambos padres y de la familia extensa que convive con el niño en el proceso terapéutico, favorecerá la comprensión de la situación y la activa participación como coterapeutas y potenciadores de los aprendizajes cotidianos.

La planeación e implementación de planes caseros ha sido una estrategia de gran valor terapéutico en todos los ámbitos de intervención, diseñados y evaluados periódicamente por el profesional; la participación en las redes de padres de familia favorece no sólo la aceptación de la condición de su hijo sino que el sentirse acompañado por otras personas con el mismo problema genera tranquilidad y optimismo frente al pronóstico de aprendizajes y futuro del menor. En el caso de que se presenten conductas disruptivas y desadaptativas difíciles de manejar en la casa, se hace necesaria la intervención directa del psiquiatra o neurólogo con el fin de prescribir la medicación necesaria para disminuir agresividad con objetos o con otros, impulsividad, conductas auto lesivas, hiperactividad, problemas atencionales severos y en otros casos, alucinaciones y estereotipias.

De lo anterior se señala que la familia debe ser un participante activo del proceso y no constituir un agente pasivo que se encuentre limitado a recibir las indicaciones dadas por los profesionales involucrados. Otra de las estrategias importantes a nivel familiar la constituye la asistencia a talleres, charlas y espacios de capacitación en las instituciones especializadas; es fundamental que conozcan a profundidad la problemática y que generen estrategias de manejo de acuerdo a un concepto real, claro y objetivo. Así mismo, además de la capacitación, deben asistir según el caso a programas de apoyo emocional, por lo cual, se estima que la aceptación de las problemáticas implica un proceso que requiere acompañamiento y que este aspecto constituye un punto fundamental para ayudar en el proceso de evaluación - intervención. Por esto, la orientación y apoyo a la familia es una parte muy importante del tratamiento, para que se ayude a los padres a comprender los problemas del niño: deben tener una información completa de los resultados de la evaluación diagnóstica, con una explicación sobre la naturaleza y el patrón de los problemas del niño, su nivel de desarrollo, sus necesidades educativas y sus posibilidades de desarrollo y pronóstico en la infancia tardía y vida adulta.

La intervención psicoeducativa por su parte, es el tipo de intervención familiar ideal que busca potenciar los factores protectores y disminuir los factores de riesgo presentes o posibles en el entorno familiar del niño. Busca instruir a los miembros de la familia sobre el caso, dotándolos de una serie de conocimientos y recursos para comprender la condición del niño y orientar cómo afrontar diferentes situaciones de tal manera que se desplieguen actitudes y conductas que promuevan un mejor funcionamiento familiar. De esta manera, la familia se constituye en una instancia constructora de resiliencia, que incida positivamente en su evolución.

Como es tradicional un tratamiento psicoeducativo debe partir del conocimiento por parte de los miembros de la familia de la naturaleza del trastorno, con lo que se hace posible identificar los posibles factores desencadenantes, síntomas, limitaciones y conductas evitativas que manifiesta el niño, facilitando no sólo una mayor comprensión del fenómeno y de la presencia de situaciones que pueden actuar como factores desencadenantes o de mantenimiento del mismo, sino la aceptación y afrontamiento, lo que representaría una desestigmatización del fenómeno y una mejor calidad de vida para todo el microsistema familiar.

En lo referente a los vínculos afectivos entre los miembros de la familia y especialmente los que se establecen entre el niño y las personas significativas para él, es importante intervenir los estilos educativos, las prácticas ambivalentes y erráticas como la hipervigilancia por parte de los miembros de la familia derivados de crianzas sobreprotectoras y permisivas, como también la falta de participación familiar típica de padres ausentes, que generan en el niño inseguridad, inestabilidad, lesionan la autoestima y favorecen el arraigo de la sintomatología.

Como se mencionó anteriormente las familias de niños que padecen algún trastorno modifican sus rutinas y muchas veces los roles familiares en función de las necesidades del niño al intentar adaptarse a la situación. Es importante intervenir las rutinas familiares sobre todo las que se ven más afectadas dependiendo de las características del trastorno en particular y las que se afectan en forma general como son: las relacionadas con actividades sociales y de ocio o tiempo libre, así como las laborales sobre todo por parte de los padres o persona a cargo del menor; esto con el fin de que la reorganización de rutinas no afecte de manera sustancial a la familia de tal forma que no se perciba la situación como una carga

sino que los miembros de la familia se adapten a ella y se conviertan en un apoyo indispensable en el logro de los objetivos de la intervención con el niño.

La intervención del microsistema familiar debe apuntar en todos los casos a reconocer la importancia de la participación y el trabajo conjunto de los miembros de la familia en todos los procesos formativos del niño, y no sólo en establecer el contacto del niño con el terapeuta y la configuración de un ambiente adecuado para la recuperación, sino en la constitución de una red de apoyo mutuo, que involucre a los padres o cuidadores como coterapeutas que ayuden al niño a manejar sus dificultades, lo animen a cumplir con los objetivos del tratamiento y le brinden la contención óptima de tal manera que se genere en la familia un proceso de adaptación adecuado y en el niño una evolución hacia su recuperación.

Intervención en el Microsistema Escolar

Siendo la escuela junto con la familia un microsistema en el que el niño desarrolla sus capacidades psicológicas, biológicas y sociales con cambios perdurables que están apoyados por el ambiente que lo rodea y que se relacionan mutuamente, la comprensión de estas relaciones y de estos contextos otorga elementos para entender a profundidad las consecuencias de las interacciones de los diferentes contextos en la conducta del niño.

La escuela al enfrentar al niño a un sinnúmero de experiencias se convierte en uno de los microsistemas que en ocasiones exagera los síntomas asociados (ansiedad, llanto, aislamiento, agresividad, baja autoestima, hiperactividad, conductas desadaptativas, dolor de cabeza o estómago, entre otros), ocasionando disminución la eficacia en el proceso de aprendizaje y por lo tanto presentando un deterioro en su capacidad de prestar atención, de concentrarse en la actividad y una tendencia a tener escaso nivel de flexibilidad para acomodarse al proceso educativo y relacionarse con sus iguales.

Para la intervención desde la escuela se debe tener en cuenta la articulación de acciones requeridas para una atención adecuada, que brinden condiciones de aprendizaje, que garanticen el acceso y la permanencia del niño favoreciendo su desarrollo físico, cognitivo, social y afectivo. Todo ello bajo una fundamentación conceptual para la atención en el servicio educativo a estudiantes con necesidades educativas, donde se debe desarrollar

conceptos básicos con el objetivo de diseñar orientaciones pedagógicas donde el docente y/o la comunidad educativa sea capaz de direccionar la atención del niño o la niña.

También se propone implementar talleres pedagógicos dirigidos a directivos, docentes, estudiantes y padres de familia, como una de las estrategias que posibiliten el compromiso, el trabajo interdisciplinario, la investigación y el aprender haciendo, en el cual se podrá lograr la participación activa de la comunidad educativa.

Con el fin de dar orientaciones que contribuyan a la operacionalización de las funciones del equipo interdisciplinario, para que éstos se proyecten adecuadamente en la dinamización de los procesos de intervención, se debe intervenir en varios niveles como son orientación y capacitación a los docentes, apoyo individualizado al estudiante, orientación y capacitación al padre de familia, participación activa con la comunidad.

Orientación y capacitación a docentes: Tiene como objetivo el brindar a los docentes y directivos docentes, elementos conceptuales que les permitan cualificar su quehacer pedagógico para la identificación de indicadores de alto riesgo de eventuales trastornos, así como para la intervención en el aula. Para ello, se pueden establecer conjuntamente con el docente, las estrategias metodológicas y organizativas (tiempos, espacios, recursos) que permitan la mayor integración del estudiante en la dinámica del aula. Es importante resaltar que el docente de aula cuenta con las diferentes orientaciones pedagógicas propuestas por en MEN (2002), para la atención educativa a niños y niñas con discapacidad.

Además, el docente debe procurar la creación de una atmósfera positiva en el salón de clase, que facilite la interacción social entre el niño y sus compañeros por medio de actividades sociales o en equipos de juegos didácticos, donde los estudiantes comparten experiencias agradables y positivas, recurrir al niño como tutor en actividades de enseñanza para alentar su autoestima y demostrarle al niño confianza en sus destrezas para manejar la tarea (Acevedo y Mondragón, 2006). El maestro debe ser crítico, gestor, mediador y animador del aprendizaje, permitiendo y creando un clima de confianza e interacción y avanzando en los procesos de acuerdo al progreso observado en el niño. Así, se deben promover proyectos de aula, aprendizaje experiencial y diálogo continuo.

El profesional en neuropsicopedagogía requiere formar equipos de trabajo con el fin de planear, ejecutar y evaluar proyectos de investigación acordes con las tendencias, necesidades e intereses del contexto escolar.

Apoyo individualizado al estudiante: Se debe crear un programa de intervención que contemple las áreas fuertes y débiles identificadas en el proceso de evaluación y enfatizar el seguimiento y evaluación de los progresos y dificultades del niño en acuerdo con el docente. Corresponde al profesional en neuropsicopedagogía establecer los cambios y ajustes pertinentes a dicho programa.

Orientación y capacitación a padres de familia: Tiene como objetivo proporcionar a los padres herramientas prácticas para el manejo adecuado de problemáticas que puedan presentar sus hijos en el aula de clase, con diversos temas que facilitarán entender a sus hijos como son: comunicación, valores, el juego como proceso de aprendizaje, sensibilización frente al trastorno de ansiedad, violencia intrafamiliar, normas y límites, apoyar el desarrollo de habilidades para el aprendizaje, entre otras. Adicionalmente, el profesional en neuropsicopedagogía debe programar y realizar escuelas de padres con el fin de vincular a la familia en el proceso formativo del niño.

Asesoría en procesos curriculares: El profesional en neuropsicopedagogía está llamado a transformar los ambientes escolares y de aula a través de aportes para la reformulación de los Proyectos Educativos Institucionales (PEI) con miras a la inclusión de todos los niños. Esto se logra inicialmente a través de procesos de sensibilización a toda la comunidad educativa frente a las diversas condiciones que presentan los niños, para posteriormente reformular los PEI en todos sus componentes (teleológico, conceptual, directivo, administrativo, académico y comunitario) y operativizarlo a través de una diversidad de metodologías, didácticas propias, recursos, sistemas de evaluación, promoción flexible y en general todas las adaptaciones curriculares que se requieran para potenciar los procesos de aprendizaje. En algunos casos será pertinente recomendar apoyos terapéuticos especializados en áreas clínicas.

Es importante también brindar asesoría para la implementación de Proyectos Pedagógicos Personalizados definidos como proyectos que centran su atención en el niño para ayudarlo a prepararse para la sociedad. Es una manera de concebir al niño mismo como agente principal de su formación para la vida en sociedad y como la respuesta individualizada a la situación, intereses y nivel de desarrollo. Este será el camino más adecuado para que el niño pueda aprender, trazarse metas y obtener satisfacciones de logro, de acuerdo a aprendizajes que le sean significativos y que tengan un impacto en su vida.

Intervención en el Mesosistema

La intervención al mesosistema, nivel conformado por las interrelaciones o interacción entre dos o más microsistemas, se aborda desde la intervención de diferentes aspectos planteados dentro de cada uno de los microsistemas, puesto que los cambios proporcionados por la intervención en un microsistema generan nuevos tipos de interacciones con los demás; sin embargo al diseñar estrategias de intervención en este nivel es prioritario a tener en cuenta la calidad de la relación, entendida como el tipo de lazos o vínculos que se generan por ejemplo entre niño y la familia, la familia y la escuela, la escuela y el niño, así como el flujo de información, entendido como cantidad y tipo de información que se da entre los sistemas; la carencia o nulidad de estos aspectos entre los mismos se puede considerar como un factor de riesgo para el niño. En este sentido, todo tipo de relación e información que se establezca entre los sistemas debe ser de calidad, dirigida a conocer la realidad del niño para generar nuevos tipos de interrelaciones y que pueden ser entendidas como adecuaciones tendientes a suplir las necesidades no sólo del niño y de los sistemas que lo rodean en pro de su potenciación, de tal manera que se construyan verdaderas redes sociales de soporte a la problemática.

La vinculación de la familia en las actividades escolares tanto curriculares como extracurriculares establece en el niño un doble beneficio: En primer lugar, en el campo afectivo por cuanto esta puede ser consciente de la congruencia de patrones educativos y pautas de crianza entre los dos que favorece la continuidad de los procesos, y en segundo lugar, promueve y refuerza los aprendizajes en el ámbito académico. Los niños necesitan que sean reforzados en sus aprendizajes durante todo el día para lograr la reverberación de circuitos y la fijación y mantenimiento de las conductas; en la medida en que los padres, hermanos y demás cuidadores participen y vivencien la cotidianidad escolar, esto se podrá garantizar. Del mismo modo, la estrategia de vinculación familia-escuela basada en **escuelas de padres** se han constituido en un espacio por excelencia para la formación de primeros educadores, enterarse de la condición de su hijo y compartir momentos de reflexión. Esto hace que el problema se minimice y que las personas se sientan comprendidas, se puedan aclarar dudas y se discutan casos, lo que puede conllevar a plantear diversas estrategias para la solución de los problemas.

En cuanto a las relaciones del niño con sus pares, se tienen en cuenta dos dimensiones: los compañeros del colegio y los amigos del barrio. Generalmente un niño con trastorno del desarrollo o del comportamiento tiene pocos amigos y las relaciones interpersonales pueden deteriorarse por su misma condición; esto crea la necesidad de sensibilizar a los compañeros del grupo frente a sus condiciones particulares para evitar conflictos y rechazos innecesarios por falta de comprensión; se busca favorecer la sana convivencia y evitar las agresiones que muchas veces son frecuentes y enseñar a los niños sin discapacidad que ellos son seres que requieren un acompañamiento permanente y un trato de acuerdo con sus particularidades.

Intervención en el Exosistema

La intervención al exosistema se realiza desde los diversos entornos en el que el niño no se implica como persona activa, pero que le afectan indirectamente, como por ejemplo el grupo de amigos de la familia, la situación y lugar de trabajo de los padres, los medios de comunicación, la comunidad, las redes de apoyo y servicios asistenciales en salud integral. Para realizar esta intervención es necesario esclarecer las conexiones entre los hechos que se producen en los diferentes entornos del exosistema y el microsistema definiendo cómo se afectan mutuamente, con el fin de identificar factores protectores y de riesgo que se encuentren en cada uno de los componentes del sistema.

Otro componente del exosistema son las redes sociales de apoyo conformadas por amigos de los padres, vecinos y comunidad cercana al niño, quienes es posible que tengan poco conocimiento o desconocimiento acerca de la problemática del niño o de quienes la padecen; por lo tanto la comunicación se puede asumir como otro de los aspectos a intervenir debido a la gran influencia que tiene dentro de un entorno individual, familiar y social, entre otros. Así mismo, se toma en cuenta para la intervención, las oportunidades que tenga la familia en cuanto a la atención en salud integral, las condiciones dadas por el sistema según los servicios a los que pueden acceder, como componente importante en la recuperación o adecuado desarrollo del niño.

Por todo lo anterior, la intervención en el exosistema va enfocada principalmente hacia una psicoeducación que permita a cada uno de los individuos pertenecientes a los microsistemas enfrentar las situaciones dadas por el medio que los rodea, modificando en

algunos casos el ambiente y las condiciones a las que se ven expuestas según la dinámica social de la que hacen parte.

Es necesario realizar ajustes en cuanto a la organización del tiempo de trabajo de cada uno de los miembros de la familia y cargas laborales llegando a acuerdos entre ellos y jefes; para esto, se debe estar informado en cuanto a las políticas laborales teniendo en cuenta derechos de los trabajadores según el código del trabajo, que protegen al trabajador en situaciones complejas, ameritando modificar todo un entorno laboral, logrando en éste caso una sensibilización por parte de la familia y para quienes trabajan, brindando al niño un apoyo en el proceso terapéutico.

Igualmente, se debe sensibilizar a la comunidad frente a las problemáticas correspondientes a la condición del niño, realizando un trabajo social comunitario mediante campañas colectivas de promoción y prevención de la salud mental, gestionando proyectos sociales de impacto, que tengan como objetivo la identificación de problemas y hacer conciencia para que la misma comunidad lidere proyectos junto con profesionales expertos. También se debe mejorar el acceso a la información; para ello es necesario implementar campañas en los centros de salud, hospitales y clínicas especialmente las dedicadas a la salud mental. Así mismo, disponer en los medios de comunicación (radio, prensa, televisión) de espacios informativos.

También se debe hacer control al acceso de programas televisivos, aumentar los espacios para compartir en familia o en el tiempo libre, realizar actividades de interrelación, como salidas de campo, preparar alimentos, salir a comer etc y convertir estos ambientes en factores protectores para el niño. Es así, como al encontrarse el exosistema compuesto por la comunidad más cercana, se producen hechos que afectan al niño o a los entornos más inmediatos, por lo cual la intervención debe realizarse desde éstos entornos, habilitando a quienes lo conforman de estrategias y herramientas que permitan manejar aquellas situaciones difíciles de afrontar.

Intervención en el Macrosistema

El contexto más amplio (macrosistema) remite a las formas de organización social, los sistemas de creencias y los estilos de vida que prevalecen en una cultura o subcultura en particular, regidos por los sistemas económicos y las políticas sociales.

Los sistemas económicos y las políticas sociales, dependen en gran medida de los reglamentos, leyes, normas y demás, que establece cada país determinando parámetros que constituyen la base de la dinámica social y así mismo la de cada persona. Por consiguiente, ésta dinámica debe darse acorde con las necesidades de las personas como individuo y sociedad.

Dentro del macrosistema, también se pueden encontrar factores de riesgo que influyen en el mantenimiento o aumento de los trastornos en los niños que los padecen, como la poca oportunidad educativa, falta de empleo, la marginalidad, el desplazamiento, la violencia y las condiciones que genera la discapacidad como tal.

La intervención en el macrosistema pretende brindar a la sociedad, familia e individuo un bienestar social y mejorar la calidad de vida en la que se tiene en cuenta un buen funcionamiento de la actividad psíquica, somática, satisfacción, bienestar personal entre otros. Esto se logra mediante campañas educativas sobre derechos y deberes, generando espacios de participación en la comunidad (en donde ésta misma sea capaz de modificar políticas y creencias en torno a las condiciones propias de los niños con trastornos del desarrollo y con talentos y capacidades excepcionales) y procurando que el estado cubra y cumpla con las necesidades establecidas.

Es importante mantener informado a todo individuo sobre la existencia y funcionamiento de los dispositivos sociales (ayudas económicas, programas y recursos, dispositivos de salud, programas de prevención a nivel comunitario y asociaciones u organizaciones de apoyo). Esto con el fin de ayudar a que las familias logren estabilizar o mejorar su calidad de vida e influyan positivamente y se conviertan en un factor protector para el niño.

En cuanto a la red de apoyo (amistades y familia), fomentar la relación de amigos y familia extensa para reforzar los valores propios de la cultura; educar acerca de las normas para una adecuada convivencia con los vecinos en cuanto organización, higiene y espacio; instruir en habilidades sociales, en la tolerancia al estrés y promover la autoestima; en servicios sociales de salud informar acerca de los recursos destinados que protejan a quienes hacen parte de éste.

La intervención de éste nivel, resulta más difícil por su elevada complejidad y por la poca capacidad de poder ser modificado, puesto que a él pertenecen entes de carácter estatal, legislativo, gubernamental y cultural; por lo tanto los cambios pueden evidenciarse en un

largo tiempo ya que es más fácil lograr una reestructuración cognitiva que social. Sin embargo, las leyes que rigen a este país y a la mayoría del mundo, tienen como base y sustento garantizar a los niños, niñas y adolescentes, disfrutar en plenitud de todos sus derechos y garantías, a través de la protección integral que el Estado, la sociedad y la familia deben brindarles desde el momento de su concepción.

El profesional en neuropsicopedagogía debe formar parte activa de equipos interdisciplinarios, redes de apoyo e instancias gubernamentales en las áreas de la salud y la educación con el fin de participar en la formulación de planes, proyectos y políticas para mejorar la calidad de vida de los niños y niñas en todos los ámbitos familiar, escolar y comunitario. Además debe ejercer la función de veedor frente al cumplimiento de las políticas estatales relacionadas con la adecuada atención a la infancia, como campañas para evitar la vulneración de los derechos fundamentales de los niños como son el acceso a una educación igualitaria y digna para todos.

Puede realizar entre otras, funciones de apoyo técnico-profesional en intervenciones diversas de carácter interdisciplinario e intersectorial, orientadas a la consecución del ingreso y permanencia de los alumnos en el sistema educativo, su promoción a niveles superiores de escolaridad y el mejoramiento de calidad de la oferta educativa; prevención de problemáticas psicológico-pedagógico y sociales en el ámbito educativo, orientación, asesoría y apoyo al conjunto de actores de la comunidad educativa; desarrollar acciones que posibiliten la convivencia democrática en los establecimientos escolares y la promoción de vínculos cooperativos con el conjunto de la comunidad educativa. Los equipos interdisciplinarios surgen como respuesta al desafío de superar la desigualdad, la marginación y la exclusión en el sistema educativo, con el fin de promover una escuela integradora y comprensiva que atienda la diversidad, considerando otros aspectos como las condiciones de salud, trabajo y capacitación a los docentes.

REFERENCIAS

- Acevedo, V.E. & Mondragón, H. (2006). *Construcción de fortalezas tempranas. Resiliencia en la escuela*. Pontificia Universidad Javeriana, Cali
- Bertalanffy, V. (1994). *Teoría General de los Sistemas*, Fondo de la cultura económica, Bogotá, Colombia. Primera reimpresión para Colombia.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La Ecología del Desarrollo Humano*. Barcelona: Paidós
- Calderón, M. (1998). *La Evaluación Ecológica*. Tomado de: "Aprendizaje y Curriculum" Martiniano Román Pérez y Eloisa Diez López, Consultado el 28 de abril de 2008 de en www.rmm.cl/index_sub.php?id_seccion
- Foerster, H. (1996). *Las Semillas de la Cibernética*, Ed. Gedisa, Barcelona España.
- García, F. (2000). *Conceptualización del desarrollo y la Atención Temprana desde las diferentes escuelas psicológicas Modelo Ecológico / Modelo Integral de Intervención en Atención Temprana*. Real Patronato sobre Discapacidad. Madrid. Extraído del sitio web:http://paidos.rediris.es/genysi/actividades/jornadas/xijorp/xi_Garcia.pdf
- Ministerio de Educación Nacional (2002). *Orientaciones para la Atención Educativa de Niños, Niñas y Jóvenes con Discapacidad*: Autor
- Muntaner, J. (1998). *La Sociedad ante el Deficiente Mental*. Normalización, Integración Educativa, Inserción Social y Laboral. Narcea S.A. de Ediciones Madrid España
- Navarro, M. (2002). *La Intervención Psicosocial Con Familias Multiproblemáticas: La Perspectiva Ecológica*. Universitat de Valencia. Serie de publicaciones. En http://www.tdx.cesca.es/TESIS_UV/AVAILABLE/TDX-0219104-102936//navarro.pdf
- Pilonieta, G. (2000). ¿Es modificable la Inteligencia? Una mirada desde la Modificabilidad Estructural Cognitiva de Reuven Feuerstein. *Revista Magisterio* (12).
- Pilonieta, G., (2007). *Los Procesos De Desarrollo De La Inteligencia En El Marco De La Teoría De La Modificabilidad Estructural Cognitiva*. Extraído el 10 de mayo de 2008 desde <http://www.colombiaaprende.edu.co/html/investigadores/1609/fo.article-74538.pdf>
- Rodríguez, L., Soto, E. (2005). *La Intervención con Menores Infractores desde una Perspectiva Sistémica*. Comunicación presentada al II Congreso de Psicología Jurídica. Valencia, Consultado el 21 de agosto de 2008 en www.nirodhapsicoterapia.es/Textos.html
- Schalock, R., Verdugo M.A. (2007), "El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual". Siglo cero, Vol. 38.

Suárez, M. (2001). *Familia y valores*. Módulo 1. Cooperativa Editorial Magisterio.

Torrice, E., Santín, C., Montserrat, A. , Menéndez, S. , y López, M. *El Modelo Ecológico de Bronfenbrenner como Marco Teórico de la Psicooncología*.

Verdugo, M., (2004). *Instituto de Integración a la Comunidad (INICO)*, Universidad de Salamanca (2004).

Watzlawick, P. (1986). *Teoría de la Comunicación Humana*. Editorial Herder, Barcelona, España.

4. PROGRAMAS ESPECÍFICOS DE INTERVENCIÓN

**Nota: Se presentan en archivo anexo
(Páginas 229 – 249)**

CONCLUSIONES

Una vez revisados aspectos teóricos y metodológicos que aportan diversos enfoques de intervención, se puede afirmar que se logró obtener una visión sistémica de los diferentes aspectos individuales y del entorno que afectan a los niños y niñas con trastornos del desarrollo y con talentos y/o capacidades excepcionales. Esta visión ayuda a comprender cómo se estructura su realidad y qué factores interactúan entre sí haciendo que los procesos de evaluación e intervención amplíen su campo de acción y objeto a tratar, al trascender del individuo en particular al sistema en el cual está inmerso y que se constituye como una organización articulada de manera dinámica.

Como se desprende de esta revisión monográfica, a la neuropsicopedagogía como campo de actuación interdisciplinaria se le imponen retos de gran envergadura como son:

- Revisar algunos prejuicios
- Construir nuevos marcos teóricos
- Consolidar el diálogo interdisciplinario
- Fomentar la investigación con el fin de ampliar las perspectivas de análisis sobre los fundamentos neuropsicológicos tales como las bases neuropsicológicas y comportamentales de las estrategias del aprendizaje, y de los procesos de intervención, entre otros.

Pero sobre todo, implica sobrepasar el contexto clínico, es decir, poner la clínica al servicio de la pedagogía, ya que es en la escuela donde los niños y niñas tienen la oportunidad de desarrollarse y ejercer un rol productivo para que en el futuro sean seres integrales y útiles a la sociedad. Como bien señalan Shalock y Verdugo (2007), la escuela tiene importancia en la medida en que prepara para la vida, para el empleo, para la independencia y para la participación en la comunidad, aspectos que deben ser una parte importante de cualquier currículo escolar, independientemente del tipo y grado de la condición del niño.

Aunque desde algunas posturas epistémicas, la neuropsicopedagogía es un campo multidisciplinario en construcción, la aproximación que se propone en este espacio se constituye en una forma de intersección entre campos del saber que pretende establecer puentes sólidos no sólo entre disciplinas que superen la extrapolación parcializada de los

resultados de las neurociencias y la neuropsicología a la pedagogía, sino entre los procesos de evaluación e intervención.

La aproximación neuropsicopedagógica en los procesos de evaluación e intervención infantil se debe caracterizar por el énfasis para articular ambos procesos, de tal forma que estos resulten coherentes y contextualizados a las necesidades particulares, considerando la naturaleza interactiva del desarrollo y el aprendizaje, así como las variables del funcionamiento bio-psicológico que intervienen en estos procesos.

Dado que el proceso de evaluación neuropsicopedagógica permite identificar tanto deficiencias como potencialidades, esta aproximación debe conducir al diseño de propuestas que desde una visión holística valoren las diferentes dimensiones de la persona y el contexto sociocultural en el que se desenvuelve, promoviendo la participación y el compromiso de los padres de familia y los educadores.

Asumir procesos de intervención de forma holística debe evitar la segmentación en la comprensión de la situación del niño y la niña, pero sí delimitar los alcances de dichas intervenciones. Al igual que se pretende en los procesos de evaluación, lo importante es que la participación de cada profesional parta de una concepción interactiva del desarrollo.

Sin embargo, asumir una postura holística no implica desconocer perfiles y/o limitaciones específicas, ya que con referencia a la intervención en grupos clínicos particulares, existe una amplia literatura en donde las tendencias están marcadas por los avances explicativos de los diferentes trastornos y en consecuencia, se proponen acciones no sólo desde la promoción y la prevención, sino también desde los aspectos deficitarios, que van desde estrategias orientadas a la estimulación cognoscitiva, manejo comportamental, entrenamiento en habilidades específicas, apoyo psicoterapéutico, entre otras.

